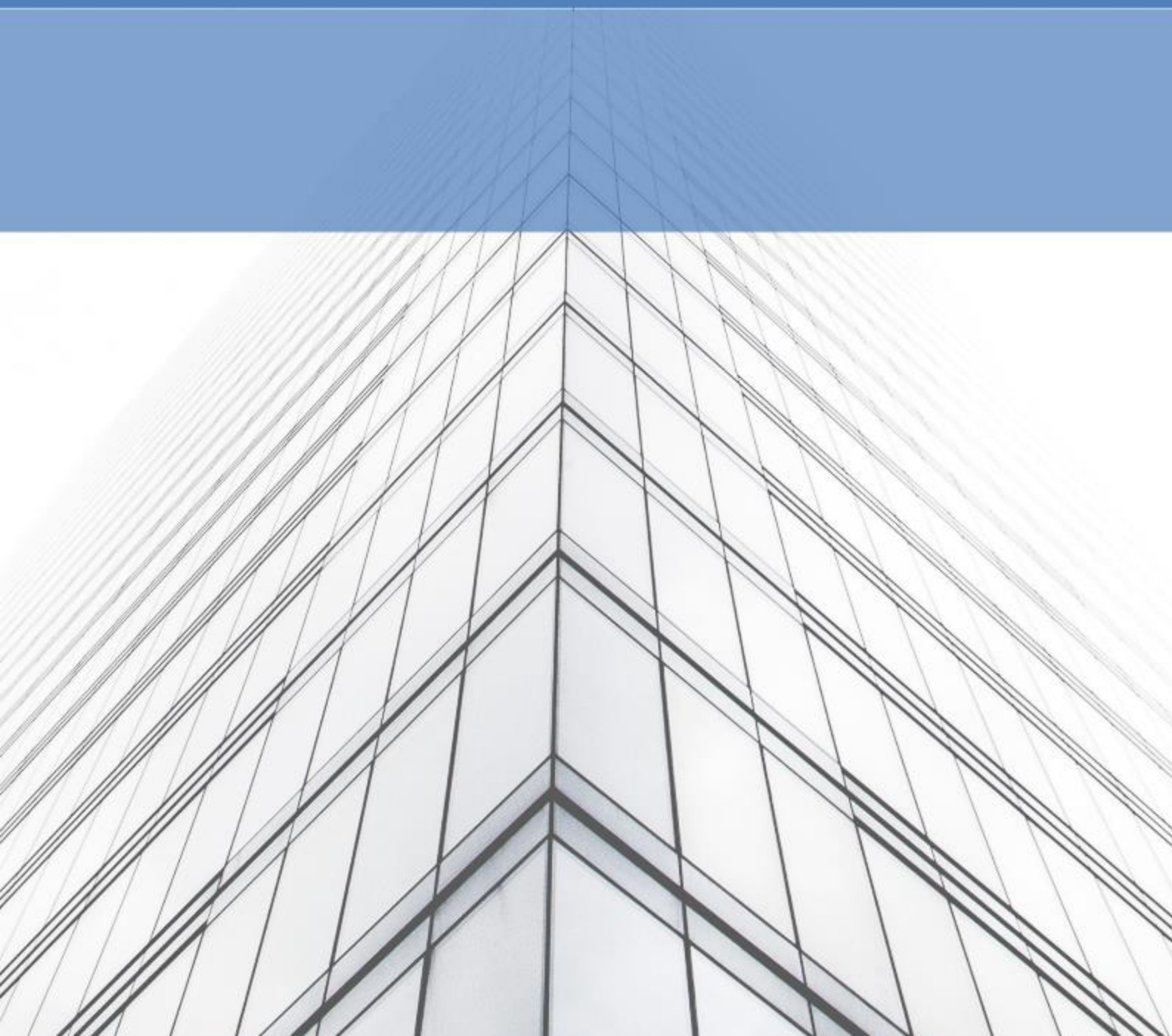
Fundación Atenea

Salud sexual y reproductiva de mujeres en riesgo de exclusión social: un análisis de derechos con perspectiva interseccional.



Estudio realizado por Fundación Atenea

Investigación principal: Bárbara Alboreca Fernández-Barredo ORCID 0000-0003-4540-0887

Equipo colaborador: María Fernández

Coordinación: Yolanda Nieves

Departamento de Gestión del Conocimiento

Con la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con cargo a la asignación tributaria del IRPF

Diciembre 2023



Agradecimientos

Esta investigación social ha sido posible gracias a la participación voluntaria de los y las profesionales de programas de intervención de la Fundación Atenea, en concreto el Programa Ariadna (programa de Intervención psicosocial con personas con adicciones en centros penitenciarios), Servicio de orientación laboral (Ayuntamiento de Madrid), Centro de orientación sociolaboral (Comunidad de Madrid), Centro Municipal de Encuentro y Acogida (Granada) Centro de Alta Tolerancia (Granada), Centro de Encuentro y Acogida (Sevilla) Hogar Fermín Salvochea Centro de Día Personas Sin Hogar (Cádiz). Además, también agradecer a personal profesional de las entidades sociales e instituciones públicas como al Unidad Móvil Madroño (Ayuntamiento de Madrid), Fundación Arco Iris-Instituto Mia, Fundación Luz Casanova, ACOPE (Asociación de Colaboradores con las mujeres Presas), Diaconía España en concreto al Área de Mujer y Lucha contra la trata, al CTA de San Blas y Centro de Tratamiento de Adicciones (Coslada).

Máximo agradecimiento a las mujeres participantes de cada uno de los programas de intervención y de cada recurso, que han permitido conocer a través de testimonios sus vivencias y experiencias personales de la manera más sincera y abierta posible.

Índice

AGRADECIMIENTOS 4
ÍNDICE 5
INTRODUCCIÓN 9
OBJETIVOS 13
MARCO TEÓRICO 15
Definición y enfoques de salud reproductiva y salud sexual. 16
Salud sexual y reproductiva: Derechos diferenciados pero relacionados. 16
Recorrido internacional en el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos. 17
1974 – OMS (Ginebra) Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud. 18
1979 – ONU-CEDAW- (New York) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 19
1994 – ONU-FPNU (El Cairo) Fondo de Población de Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). 19
1995 – ONU (Beijing) IV Conferencia mundial sobre la mujer 21
1999 – WAS (Valencia) Asamblea de la Asociación Mundial de Sexología. La Declaración de los Derechos Sexuales. 22
2004 – OMS (Ginebra) Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. 24
2007 – OMS (Ginebra) Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. 25
2010 – OMS (Colonia) Estándares de educación sexual en Europa. 26
2015 – ONU (New York) Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar. 28
2018 – OMS (Ginebra) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo 28
Impulsos feministas en las legislaciones sobre salud sexual y reproductiva. 30
1971 – Colectivo Our Bodies Ourselves (Boston). 30
1971 – Centros De Salud Feminista para mujeres 31
1975 – I Jornadas de la liberación de la mujer en España. 32
1977 – Origen de la Federación de Planificación Familiar y los centros de Planificación familiar. 32
1979 – Iº Semana de Estudios Sexológicos de Euskadi. 33
1981 – Derecho a la disolución del matrimonio: Ley del divorcio 33
1982 – Primer Congreso de Planificación Familiar en Gijón. 34
1986 – Reforma Sanitaria del Sistema Nacional de Salud 34
1985 - Despenalización del aborto en España 34
Apuesta y compromiso institucional por la salud sexual y reproductiva. 36
Leyes orgánicas y Estrategias Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 36
Indicadores estadísticos de salud sexual y reproductiva en España. 48
Barreras de asistencia sanitaria. 48
Determinantes de la salud: sociales, económicos, institucionales e individuales. 55
Acceso sanitario y cobertura universal. 55
Determinantes sociales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en exclusión social. 57
Condiciones particulares de salud de las mujeres. 75
Condiciones de salud mujeres con trastornos adictivos. 75
Condiciones de salud de las mujeres privadas de libertad. 76
Condiciones de salud de las mujeres en riesgo o en situación de exclusión residencial. 81
Condiciones de salud de las mujeres supervivientes a la trata con fines de explotación sexual. 84

Realidades sociales interseccionadas. 88
Violencia de género como eje transversal. 88
Múltiples realidades 91
Leyes y normativas relacionadas con las realidades estudiadas. 94
Mujeres con trastornos adictivos. 94
Mujeres privadas de libertad. 96
Mujeres en situación de exclusión residencial. 98
Mujeres supervivientes a trata con fines de explotación sexual. 101
Enfoques para el abordaje del estudio de la salud sexual y reproductiva. 103
Modelo biomédico y sexualidad androcéntrica. 103
El deseo desde la visión androcéntrica. 103
Enfoque de la medicina centrada en el o la paciente. 104
Enfoque de Reducción de daño, el foco en la persona y no la sustancia 105
Enfoques aplicados y perspectivas transversales aplicadas en el análisis. 108
Enfoque de derechos humanos 108
Perspectiva interseccional 109
Enfoque de necesidades de género e intereses estratégicos para el análisis. 112
METODOLOGÍA **113**
Los determinantes sociales particulares de la salud de las mujeres en riesgo de exclusión social. 117
RESULTADOS **119**
Análisis de derechos sexuales y reproductivos. 121
1 El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. 121
2 El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción. 153
2.1 El derecho a una vida libre de maltrato, penas crueles, inhumanos o degradantes. 172
2.2 El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento. 180
2.3 El derecho a decidir tener hijos, el número y esparcimiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo. 184
Necesidades detectadas para acceder al derecho a decidir tener hijos o no. 194
3 El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad 195
4 El derecho a información. 214
5 El derecho a la privacidad e intimidad. 225
6 Derecho a gozar de adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten. 235
7 El derecho a la igualdad y a la no-discriminación. 253
8 El derecho a la autonomía y a la integridad del cuerpo. 264
9 El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. 274
10 El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y a la indemnización 284
ALCANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN RIESGO O EXCLUSIÓN SOCIAL. **288**
ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN RIESGO O EN RIESGO. **292**
RECOMENDACIONES BASADA EN NECESIDADES PRÁCTICAS E INTERÉS ESTRATÉGICOS. **312**
Recomendaciones primordiales detectadas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en exclusión social. 313
NECESIDADES PRÁCTICAS E INTERESES ESTRATÉGICOS PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN O EN EXCLUSIÓN SOCIAL **315**
Aspectos sociales, culturales y pedagógicos. 317

Aspectos institucionales y políticas públicas. *318*
Aspectos de los recursos y centros institucionales. *319*
Aspectos de las estrategias de intervención social y sanitarias. *319*
BIBLIOGRAFÍA **321**
ANEXO ESTADÍSTICO. **341**
Encuesta de Personas Sin Hogar. INE *342*
Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio *342*
Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio por género. 2022 ..... *343*
Situaciones familiares antes de los 18 años. Evolutivo de 2005-2012-2022 ..... *344*
Situaciones familiares antes de los 18 años por género. *345*

Introducción

La Fundación Atenea aborda la inclusión social como un proceso en el que la persona se sitúa en un momento concreto de su vida, determinado por su clase social, su origen, edad y género cada una de las personas se sitúa a lo largo de su vida en diferentes posiciones en los 9 ámbitos que inciden en su proceso de inclusión social: ámbito formativo, económico, laboral, residencial, socio-relacional, macrosocial, individual y sociosanitario. La interrelación de los diferentes ámbitos tiene un efecto acumulativo que incide directamente en la exclusión social y las dificultades en el resto de ámbitos. Desde los inicios **Fundación Atenea ha volcado sus esfuerzos en indagar y visibilizar los problemas que la exclusión socio sanitaria** genera en las personas y especialmente en la incorporación de la perspectiva de género la explicación de los efectos de la exclusión social en las mujeres. Es desde esta óptica donde se aborda está investigación que ahonda en la situación de los derechos a la salud sexual y reproductiva en las mujeres en situación de exclusión social. Ello proviene de la determinación como parte de los principios del Estado de Bienestar de disponer y mantener una buena salud, así como garantizar el acceso y adaptar las necesidades específicas al sistema sanitario.

La salud sexual y reproductiva es una **temática amplia y compleja**. La consolidación de la salud sexual y reproductiva como área multidisciplinar ha supuesto a lo largo del siglo anterior continuas confrontaciones con paradigmas médicos y legislativos de corte biologicistas relacionados con el androcentrismo y la misoginia. A día de hoy las posturas aperturistas y garantistas de derechos por parte de organismo internacionales, establecen **un marco de protección indiscutible** para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos se rigen bajo **el principio de libre elección informada** (entre otros) ejercidos sin coerción ni discriminación ni violencia. Se hace especialmente relevante investigar el lugar que ocupan estos derechos a lo largo de la vida de las mujeres en riesgo de exclusión social o exclusión social. Una muestra de ellos es hoy escasez de la fuentes e investigaciones que señalen las barreras de acceso a recursos menstruales, servicios sanitarios y de planificación familiar, así como la promoción de la salud sexual y prevención de violencias de género en los colectivos de mujeres antes señalados.

El tener autonomía sexual y reproductiva por parte de las mujeres forma parte de los principios de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Según la Federación de Planificación Familiar (SEDRA), la **autonomía sexual** es la posibilidad de controlar todo lo relacionado con su vivencia de la sexualidad (SEDRA, 2018, pág. 5). A día de hoy las múltiples violencias ejercidas hacia los cuerpos de las mujeres muestran **la importancia de reforzar los programas educativos** en materia de salud sexual y reproductiva como media de información, prevención y la toma de decisiones de manera informada. De hecho, se considera que las edades más tempranas son las más relevantes para incidir en la importancia de la salud sexual.

La **responsabilidad sexual focalizada en los hombres** ha sido unas de las bases de la acción desde 1994 por parte de la ONU. De hecho, en España la presente y vigor ley de Salud Sexual (Ley Orgánica 1/2023) hacen especial hincapié en la implicación de los hombres en la prevención

de infecciones ETS y embarazos no deseados (Boletín Oficial del Estado, 2022, pág. Art 3 letra J).

El enfoque **del universalismo proporcional**, también llamado universalismo progresivo, o universalismo dirigido, nos aporta una visión íntimamente relacionada con la intervención social y médica con los colectivos en riesgo de exclusión social de la presente investigación. Este enfoque sitúa las **desigualdades sociales como un factor determinante en la salud de la población** y considera que las acciones deben ser universales, pero con una intensidad y una escala que sean proporcionales al nivel de la desventaja (Francis-Oliviero, Cambon, Wittwer, Marmot, & Alla, 2022)

Estas desigualdades sociales analizadas **desde la perspectiva de género** sostienen diferencias significativas en cuanto a la salud y el bienestar de los individuos. Existe interrelación entre indicadores de salud e indicadores económicos o las condiciones labores laborales, por ejemplo, la esperanza de vida, tasas de movilidad con indicadores las clases sociales (autopercepción) o los ingresos económicos, situación residencial o situación administrativa regulada. Las políticas públicas de salud las cuales se encargan de promocionan la salud y hábitos de vida saludables se inclinan por ciertos colectivos vulnerables y con unas determinadas características concretas que presentan unas necesidades específicas.

El foco de los organismos mundiales ha estado especialmente centrado en las mujeres, **jóvenes, migrantes y, en concreto, las adolescentes**. Entre ellas destacan las mujeres en situación de riesgo o en exclusión social así como en situaciones de pobreza o riesgo de pobreza, encontrándose con mayores limitaciones para acceder a la salud sexual que las mujeres fuera de riesgo de salud sexual, como señala el Programa de Acción sobre la Población y el Desarrollo (1994): *La pobreza suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo, bajo nivel social de la mujer, riesgos ambientales y acceso limitado a servicios sociales y sanitarios, incluidos los servicios* ***de salud reproductiva****, que a su vez incluye la planificación* (pág. 23).

La salud sexual y reproductiva en **las personas adolescentes** también ha sido objeto de preocupación por parte de los organismos (Naciones Unidas, 1994). Se destaca la importancia de prestar atención a las mujeres y adolescentes y al riesgo de ser víctimas potenciales de violencia sexual (Naciones Unidas, 1994, pág. 39). Pero es importante señalar que el uso de preservativos no se señala tanto como una cuestión etaria, sino de clase social entre ellos. La **Encuesta sobre Conducta Sexual** de 2018 afirma que las familias **con un menor poder adquisitivo** a las que pertenecen los/as adolescentes presentan una tendencia a usar menos el preservativo, un 70% frente al 78,3% en la población adolescente perteneciente a clases altas. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social., 2018, pág. 23).

Respecto a las **personas inmigrantes y desplazadas**, presentan dificultades para el acceso a la salud y, en especial, a salud sexual[1]. En el caso de las mujeres víctima de trata con fines de explotación sexual, se sabe que su salud sexual y reproductiva ha sido vulnerada desde el principio de la captación. En el caso de las mujeres supervivientes de trata presentan una **intrínseca dificultad por su trayectoria vital** para abordar su recuperación y reparación física, psicología, social, y económica.

En el caso de **las mujeres con discapacidad,** y según COCEMFE, consideran que sus derechos sexuales y reproductivos presenta importantes barreras, en concreto, el acceso a obtención información, educación en salud sexual y sexualidad y reproducción, acceso a prevención de la violencia de género desde una perspectiva inclusiva según los tipos de discapacidad, a su vez hay un escaso enfoque de positivo de la sexualidad, desde el disfrute y el (auto)placer. La situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad presentan un difícil acceso a los anticonceptivos, y tendencias a forzar la esterilización forzosa por parte de miembros de su entorno social como su familia.

La **falta de salud reproductiva** es una de las mayores **causas de morbilidad** entre las poblaciones con bajos ingresos (OMS, 2004). De hecho, se considera que las personas más jóvenes, entre ellas las adolescentes y sus dificultades para el acceso a la información y servicios, están más expuestas a riesgos de muerte como es el caso de embarazos a edades tempranas. (Naciones Unidas, 1994).

[1] En el caso de las mujeres migrantes en situación administrativa irregular la 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, protegía el acceso a IVE, recogido en el Articulo 3, apartado 3º C (Boletín Oficial del Estado, 2010)

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es *Conocer el estado de los derechos y del ejercicio de la salud sexual y reproductiva de distintos colectivos de mujeres en riesgo de exclusión social realizando un análisis que permite la incorporación de la perspectiva interseccional.* Los objetivos específicos se desglosan en:

OE1: Contribuir al impulso del *mainstreaming* de género y enfoque de derechos en las investigaciones de salud.

- Se vigilará la aplicación de la perspectiva de género en la fase documentación y elaboración de trabajo de campo. La aplicación de la transversalización de género estará presente en la fase de diseño de metodológico y parte de las conclusiones. Durante la recopilación de la documentación se tendrán en cuenta la importancia de la diversidad en el colectivo de mujeres.

OE2: Identificar las estrategias de información, atención y sensibilización de la salud sexual y reproductiva que se realizan para mujeres en riesgo de exclusión social según las distintas etapas del ciclo de las mujeres.

- La recopilación de posibles estrategias de información y sensibilización hacia las mujeres teniendo en cuenta las edades de las mujeres, en concreto los colectivos señalados.

OE3: Detectar las posibilidades de acceso a los servicios y recursos tanto sanitarios como educativos de información, asesoramiento, educación y comunicación, en materia de anticoncepción y salud reproductiva, salud menstrual, maternidad, atención prenatal, partos sin riesgo y postparto, tratamientos de infecciones de transmisión sexual, enfermedades ginecológicas, interrupción voluntaria del embarazo, prevención y tratamiento a la infertilidad.

- La detección de barreras de acceso y asistencia en los recursos sanitarios y educativos. Estimar porcentaje de mujeres afectadas por este tipo de barreras. Este objetivo se conseguirá realizando los grupos mujeres en exclusión residencial y las posibles explotaciones estadísticas para poder estimar.

OE4: Indagar en el posible impacto de género que la futura ley pueda tener en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres a partir de las novedades formuladas en el Anteproyecto de Ley Orgánica 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.

Marco Teórico

Definición y enfoques de salud reproductiva y salud sexual.

La **salud reproductiva** es entendida como *un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.* (1994, pág. 65). Según la OMS **el enfoque que debe de tener la salud sexual** tiene que ser holístico, positivo, respetuoso, focalizando las experiencias sexuales placenteras y sin coacción: La salud sexual requiere un **enfoque positivo** y respetuoso de **la sexualidad** y de las relaciones sexuales, así como **la posibilidad de tener experiencias sexuales** placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS, 2006a). Según la OMS, los **principales elementos** desde **la perspectiva holística y positiva de la salud sexual** son los siguientes:

- La salud sexual consiste en el bienestar, y no meramente en la ausencia de enfermedad.
- La salud sexual implica el respeto, la seguridad y la libertad frente a la discriminación y la violencia.
- La salud sexual depende del goce de determinados derechos humanos.
- La salud sexual es pertinente a todo el ciclo vital de las personas, sean jóvenes o mayores, y no solo en los años de edad fecunda.
- La salud sexual se manifiesta por medio de diferentes sexualidades y formas de expresión sexual.
- La salud sexual está influenciada de manera crítica por normas, funciones, expectativas y dinámicas de poder relacionadas con el género.

Salud sexual y reproductiva: Derechos diferenciados pero relacionados.

Es **imprescindible diferenciar** los derechos que constituyen **la salud sexual**, por una parte, y **la salud reproductiva**, por otra. La Declaración de los Derechos Sexuales elaborado por WAS (World Association for Sexual Health) se focaliza en desestigmatizar **la visión de la sexualidad humana**. La puesta por los derechos sexuales y reproductivos está asociado a dos principios transversales: **la libre decisión informada y la sexualidad responsable.**

Recorrido internacional en el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos.

La salud sexual y reproductiva no ha sido una temática de interés en el campo de conocimiento científico-médico hasta entrada la época de los años 70. Más tarde, diferentes organismos contribuyeron a la conceptualización, delimitación y desglose de los elementos que la componen. Para poder conocer cómo ha **cambiado la conceptualización de la salud sexual y reproductiva** se destacan **10 hitos históricos clave** en el ámbito internacional:

- **1974 – OMS** (Ginebra) Reunión sobre Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud (Meeting on Education and Treatment of Human Sexuality: The Training of Health Professionals). Es el primer congreso sobre sexualidad humana promovido por la OMS y, en especial, por el colectivo médico, donde se aborda una definición sobre salud sexual.
- **1979:**
  - **ONU-CEDAW** (New York) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
  - World Association for Sexual Health (WAS). Se funda la primera organización mundial por los derechos sexuales.
- **1994** – **ONU-FPNU** (El Cairo). Fondo de Población de Naciones Unidas. Este organismo entiende la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), abordando las definiciones de los conceptos salud reproductiva y sexual. Es la primera vez que se focaliza la salud sexual como tal.
- **1995 – ONU** (Beijing). IV Conferencia mundial sobre la mujer.
- **1999 – WAS** (Valencia). Asamblea de la Asociación Mundial de Sexología. La Declaración de los Derechos Sexuales.
- **2004 – OMS.** (Ginebra). Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. La primera estrategia a nivel mundial sobre salud reproductiva.
- **2007 – OMS**. (Ginebra) Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva**.**
- **2010 – OMS.** (Colonia) Se publica el primer documento con Estándares de educación sexual en Europa.
- **2015 – ONU** (New York) Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar.
- **2018 – OMS** (Ginebra) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

1974 – OMS (Ginebra) Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud.

Como se ha señalado, el primer interés a nivel experto que tiene la salud sexual y reproductiva se plasma en 1974 en Ginebra, en una reunión promovida por la OMS denominada: *Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud*. Esta reunión es especialmente importante por dos aspectos:

- En primer lugar, se aborda **la definición de salud sexual** como *la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.* (OMS, 1974, pág. 6)
- En segundo lugar, porque **la comunidad profesional hace un esfuerzo de autocrítica** exponiendo sus carencias y desplegando, a raíz de ellas, recomendaciones para futuras leyes y convenciones.
  A lo largo de este documento se puede destacar cómo la salud sexual ha sido en gran **parte ignorada**, afectando a aspectos clave en el **bienestar humano.** Esta ignorancia ha supuesto tratar dicha temática de manera profesional, obviando el aspecto de lo sexual en la asistencia a la salud: *llama la atención sobre el hecho de que los programas de planificación familiar descuidan con mucha frecuencia los aspectos sexuales de la asistencia de salud* (OMS, 1974, pág. 9).

Entre otros aspectos, las recomendaciones son enfocar **la salud sexual también hacia los hombres** (pareciendo ciertamente conscientes de la perspectiva androcéntrica) y alejarse de la dirección exclusiva hacia las mujeres otorgadas hasta el momento. Este aspecto es importante porque es la base sobre la que, en años posteriores, se definirá la llamada *responsabilidad sexual.*

Otro aspecto a destacar es **el enfoque positivo sobre la sexualidad humana**, basándose en 3 elementos (Mace, D. R, Bannerman, R. H. O, Burton en OMS 1974)[2] como (1) el disfrute, (2) la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, y (3) la ausencia de trastornos orgánicos que impidan la actividad sexual. Además, si se **desvincula de la función reproductiva, el sexo no debería de considerarse pecaminoso.**

[2] Estos autores realizaron un documento denominado ‘’Las Enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud’’ (OMS, 1975) en las que se recogía parte de las actitudes, aptitudes, conocimientos y valores para transmitir de al alumnado. Véase aquí.

1979 – ONU-CEDAW- (New York) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Cuatro años más tarde, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer fue la demostración de más de 30 años desde la creación de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (creada en 1946)[3]. Esta Convención presentó un consenso con 10 países de 30 artículos para luchar contra la violencia hacia la mujer. En relación, con la salud sexual y reproductiva, destacan la referencia a la **planificación familiar** por parte de los servicios de atención médica y su disposición de otorgar unas **garantías en los servicios médicos gratuitos** para casos de embarazo, parto, o posterior al parto (art 12). El **control de la salud reproductiva de la mujer** se señala como imprescindible (art 16), apuntando que la mujer debe de tomar **de manera libre la decisión sobre su número de hijos/as** y el intervalo entre ellos, debiendo disponer de acceso a información, educación y medios para poder ejercer estos derechos.

Como podemos observar, el uso del término en *salud sexual y reproductiva* no aparece, pero sí que es usado **salud materna e infantil,** por ejemplo, en la Declaración de Derechos Humanos. (Mazarrasa Alvear & Gil Tarragato, 2017).

Por último, en este mismo año, se funda la Asociación Mundial para la Salud Sexual (World Association for Sexual Health), fundación clave para poder abordar y sellar en 1994 la primera declaración de derechos sexuales.

1994 – ONU-FPNU (El Cairo) Fondo de Población de Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).

En 1994 se desarrolla Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, comenzándose a aplicar el término Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (Mazarrasa Alvear & Gil Tarragato, 2017). Los aportes en cuanto a este concepto se dividen en la definición de los dos tipos de salud que incorpora:

- La **salud reproductiva** *alude a un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con* ***el sistema reproductivo y sus funciones*** *y procesos, como consecuencia entrañando la capacidad de disfrutar de una* ***vida sexual satisfactoria y sin riesgos,*** *y de procrear, y* ***la libertad*** *para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.* **La salud reproductiva** *se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas*

[3] A día de hoy la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer es el principal órgano internacional intergubernamental dedicado exclusivamente a la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Véase aquí.

relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (Naciones Unidas, 1994, pág. 37).

- En cuanto a **la salud sexual**, el *objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual*. (Naciones Unidas, 1994, pág. 37)

Entre los elementos a destacar también se encuentra el reconocimiento de **las necesidades cambiantes a lo largo del ciclo vital**, debiendo ser atendidas mediante un sistema de **atención primaria de salud.** Además, se reconoce **que la planificación familiar** ha podido llegar a ser en algunas ocasiones contraproducente, porque se ha basado en el principio de aumento o disminución la fecundidad, cuando lo que deberían de tener presente sería **la calidad en el acceso a la información y servicios**, sin *ninguna forma de coacción*. (Asamblea General Naciones Unidas, 2011, pág. base 7.12). Con estas consideraciones la concepción de SSR se **amplía**, incluyendo **la planificación familiar y la sexual** como ámbitos a incorporar (1994, pág. 7).

En el marco de la mencionada Convención se destaca la elaboración de un **Programa de Acción** (1994). Este programa de Acción presenta un giro con respeto a las políticas de población que, focalizadas siempre al crecimiento demográfico y a la lucha contra la pobreza, comienzan a centrarse en **los derechos y el bienestar de las mujeres** (Mazarrasa Alvear & Gil Tarragato, 2017). **Más tarde**, el reconocimiento de una acción inacabada con un alcance parcial supuso prorrogar el Plan de Acción (Resolución aprobada por la Asamblea General el 22 de diciembre de 2010, 2011).

El Programa fue aprobado por 179 gobiernos y es considerado como un empuje a los Objetivos del Milenio. Tanto en este como en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cario (1994) se recogen varios principios relacionados con el **impulso la SSR de las mujeres** como, por ejemplo, el **principio Nº4:** *Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo* (1994, pág. 14). Además, el **principio Nº8** reconoce que la implicación de los Estados en la consecución de este derecho se torna imprescindible*: Los Estados deberían adoptar todas las* medidas apropiadas para *asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.* (1994, pág. 15). Durante los años 1990 el impulso entre las agencias internacionales en la conceptualización de

salud reproductiva impulso consensar indicadores clave elaborado un conjunto de 17 indicadores base[4].

- Tasa de fertilidad total (TFR).
- Tasa de prevalencia de anticonceptivos (CPR).
- Razón de Mortalidad Materna (MMR).
- Cobertura de atención prenatal.
- Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado.
- Disponibilidad de Atención Obstétrica Esencial Básica.
- Disponibilidad de Atención Obstétrica Esencial Integral.
- con el VIH
- Tasa de Mortalidad Perinatal (PMR).
- Prevalencia de bajo peso al nacer.
- Prevalencia de serología positiva para sífilis en mujeres embarazadas.
- Prevalencia de anemia en mujeres.
- Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto.
- Prevalencia informada de mujeres con FGC (fibrograstroscopia).
- Prevalencia de la infertilidad en las mujeres.
- Incidencia informada de uretritis en hombres.
- Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas
- Conocimiento de las prácticas de prevención relacionadas

Elaboración propia: Fuente Data 4 impac.

1995 – ONU (Beijing) IV Conferencia mundial sobre la mujer

Lo relevante de la IV Conferencia mundial sobre la mujer en 1995 fue el apartado focalizado en la salud y las mujeres, en el Objetivo Estratégico C3, denominado *Emprender iniciativas sensibles al género que aborden las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los problemas de salud sexual y reproductiva*. Se desprende de este objetivo **6 conclusiones clave** en cuanto a la salud sexual y reproductiva:

1) La gran preocupación en la trasmisión del VIH hace que se invisibilicen otras enfermedades e infecciones de trasmisión sexual. El foco está puesto en la importancia del VIH y el nombramiento de las determinadas como *otras enfermedades de trasmisión*, haciendo de pantalla, por ejemplo, a la clamidia, el herpes genital, gonorrea, etc.
2) La visibilidad de las relaciones sexuales entre las mujeres, asumiéndose también como prácticas sexuales de alto riesgo. Esto es especialmente importante porque la **perspectiva de la diversidad sexual y de género** se abre paso, dejando a un lado la visión androcéntrica en los perfiles de paciente de VIH.
3) Titularidad de derechos. Se hace mención a las redes informales de apoyo como **agentes de especial participación en la promoción, divulgación y prevención**; al igual que se señalan las estrategias comunitarias como parte de la intervención eficaz en apoyo y atención.

[4] ‘’Lista breve de la OMS de indicadores de salud reproductiva para el seguimiento mundial’’- Data for Impact. Véase aquí.

4) Se apunta a **la corresponsabilidad de los varones**, así como, por parte de aquellos que son padres, ser responsables de la difusión en salud sexual y reproductiva. La desmitificación de determinados procesos biológicos de las mujeres como la menstruación tiene que realizarse desde la información *concreta y precisa.* Poner freno a determinados tabús y mitos forma parte de la iniciativa por promover la salud sexual y reproductiva. De hecho, se apunta al control histórico de las mujeres sobre la salud y fertilidad como una manera de autocuidado.
5) Se hace un **cierto señalamiento a determinadas prácticas culturales y religiosas** que merman la salud sexual y reproductiva. Este enfoque antropológico es clave para poder asumir que ciertas culturas y religiones tienen asimilados ritos de paso que incrementan de manera exponencial la morbilidad y el riesgo en la salud sexual y reproductiva[5].
6) Dotar a **la atención primaria de la sanidad pública** de herramientas transversales para cubrir las necesidades de la población y ser parte de la estructura de aprovisionamiento para hacer eficaz, accesible y seguro el acceso a métodos de anticoncepción.

Entorno al concepto **de salud sexual y reproductiva (SSR), se afianza mediante su definición** como se había realizado anteriormente en la Convención del Fondo de Población 1994. Además, se señala que esa misma conceptualización recopila intrínsecamente ciertos derechos humanos que ya se encuentran en documentos internacionales (Naciones Unidas, 1995, pág. 37)

1999 – WAS (Valencia) Asamblea de la Asociación Mundial de Sexología. La Declaración de los Derechos Sexuales.

Fue en nuestro país donde por primera vez donde se manifestó la Declaración de los Derechos Sexuales, fue durante el XIII Congreso Mundial de Sexología en Valencia, de ahí que se llamará la Declaración de Valencia[6]. El aporte más importante fue igualar los derechos sexuales a los derechos humanos: *Los derechos sexuales son parte de los derechos básicos de todas las personas, por tanto, son universales e inalienables.* Esta declaración fue revisada y aprobada en la Asamblea General de WAS (Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología) en Hong Kong en 1999.

[5] En este documento no se expone como tal, pero prácticas como la mutilación genital femenina forman parte de rituales de paso entre las etapas tempranas de las mujeres mermando la salud en general de ellas.
[6] Esta declaración recoge 16 principios (Véase aquí), aunque en algunas versiones los derechos sexuales parecen recogidos en 10 como es el caso de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) Véase aquí.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES

1) El derecho a la igualdad y a la no-discriminación.
2) El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
3) El derecho a la autonomía y a la integridad del cuerpo.
4) El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.
5) El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.
6) El derecho a la privacidad.
7) El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencial sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
8) El derecho a gozar de adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
9) El derecho a información.
10) El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.
11) El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12) El derecho a decidir tener hijos, el número y esparcimiento de los mismo, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.
13) El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.
14) El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.
15) El derecho a participar en la vida pública y política.
16) El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y a la indemnización.

Un año más tarde, en 2000, el mismo organismo, Asociación Mundial de Sexología (WAS), proporcionó **las acciones y estrategias** para poder promocionar la salud sexual desarrolladas en varias **metas mundiales**:

- **Meta 1:** Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.
- **Meta 2** Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.
- **Meta 3** Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en campos relacionados con la salud sexual.
- **Meta 4** Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual para la población.
- **Meta 5** Promover y auspiciar la investigación y la evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

Es destacable que la inclinación por mejorar el alcance de los servicios integrales hacia colectivos como las personas privadas de libertad, personas en procesos de recuperación por consumo de sustancias, así como personas en riesgo de exclusión residencial. Se recoge una recomendación sobre el **abordaje de la salud sexual hacia los programas educativos a equipos profesionales,** basándose en los enfoques positivos y aceptación del hecho sexual humano. Esta guía es una muestra del reconociendo en el avance a día de hoy de los posicionamientos despatologizantes en torno a las identidades de género. En esta guía se recogía que los había comportamientos sexuales considerados problemas sexuales como síndromes clínicos

relacionados con la identidad de género[7] al punto de situarlos con igualándolos a las ciertas disfunciones sexuales, parafilias, o erotofobia (miedo al sexo) o homofobia (OPS - OMS, 2000, pág. 20). Más adelante en 2021, esta misma organización hizo la Declaración del Placer Sexual la cual recoge algunos principios imprescindibles para logar el placer sin discriminación, libres de coerción y violencia, entre otros principios (World Sexual Health, 2021).

2004 – OMS (Ginebra) Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.

En 2004, en el marco de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** se celebró la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en la cual se abrió paso al desarrollo de la *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*. Fue la primera estrategia a nivel mundial de la OMS sobre salud reproductiva.

Algunos apuntes necesarios en la estrategia destacan la importancia no solo de tener información para promoción de la salud sexual desde el punto de la **orientación y asesoramiento**, sino como resorte para poder **mejorar las relaciones intrapersonales**. En esta línea se define **la atención en la salud reproductiva** como *el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.* (OMS, 2004, pág. 8). Además, en esta estrategia se remarca que **la salud sexual no es parte de un único periodo de la vida, va más allá:** *La salud sexual no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial -aunque no exclusivamente- los relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales* (OMS, 2004, pág. 7).

Las **barreras principales para el avance** en la mejora del acceso a la SSR son: la desigualdad entre hombres y mujeres, (focalizándose en la violencia sexual), escasez de recursos didácticos en la adolescencia y por último como barrera macrosocial la pobreza que imposibilita acceder a los servicios de salud materna[8].Se elaboraron **5 puntos clave en los que se focaliza la estrategia son:**

[7] Además, los síndromes clínicos relacionados con la identidad de género estaban divididos por edades: *disforia de género en la niñez, disforia de género en la adolescencia, disforia de género en la edad adulta* (Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para al acción, OMS – OPS 2000, pág. 26).
[8] El informe expone realidades en el mundo principalmente de países en vías de desarrollo sobre embarazos no deseados, partos en condiciones insalubres, muertes durante los partos por falta de personal cualificado en la asistencia, la falta de servicios en la atención obstétrica, la falta de medios para ofrecer salud materno infantil, así como abortos peligrosos e inaccesibilidad a anticonceptivos.

1. Mejorar la atención prenatal, al parto, posparto y neonatal.
2. Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad.
3. Eliminar los abortos peligrosos.
4. Combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas.
5. Promover la salud sexual.

Consideran que la aceleración en el avance hacia la mejora de la SSR es imprescindible la consideración de los **derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos**, además se hace especial mención a la mejora de la calidad en el acceso y la asistencia en los sistemas sanitarios de salud, impulsando una financiación sostenible (reparto de costos), incorporar en las estrategias de eliminación de la pobreza la SSR, aplicar las mejoras adaptadas a condiciones locales, fortalecer los recursos humanos y estudiar las barreras de acceso por cuestiones socioeconómicas o geográficas, y por último mejorar los sistema de información teniendo en cuenta aquellas poblaciones pobres que no aparecen en los recuentos[9].

2007 – OMS (Ginebra) Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

Al unísono con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la OMS propone **un Enfoque Estratégico[10] para mejorar la SSR (2007)** haciendo participes tanto a los sistemas de salud públicos como a las organizaciones no gubernamentales e internacionales. Se exponen tres etapas aplicables:

1º Etapa-**Diagnóstico estratégico** para conocer la realidad recogiendo datos (*principalmente cualitativos*).

2º Etapa-Probar **innovaciones** y se prueban **proyectos pilotos** acompañados de una evaluación para conocer la pertinencia, eficacia y sostenibilidad.

3º Etapa-Se exponen **las limitaciones y oportunidades** para poner en marcha una estrategia a escala de las intervenciones.

Los **principios que se fundamentan** este **Enfoque Estratégico**, es partiendo de la desigualdad de género considerar la falta de poder e influencia de las mujeres públicas y privadas, asegurar

[9] Entre estos objetivos hay una apuesta por aplicar enfoques participativos para trabajar con las comunidades (OMS, 2004, pág. 25).
[10] Que sea estratégico y no sistemático tienen mucha importancia, puesto que en 1993 si se aplicó el enfoque sistemático para la introducción de anticonceptivos y permitió una adaptación de este Enfoque Estratégico siendo más amplio y aplicable en los programas y políticas (OMS, 2007, pág. 1)

el acceso equitativo, tener presente los procesos participativos de actores sociales[11] que aporten luz para conocer las necesidades de SSR, por último, facilitar el proceso de aplicación mediante la implicación de agentes sociales de las estructuras de la cobertura sanitaria nacionales (Ministerios u otros organismos)[12]. El Enfoque Estratégico tiene en cuenta un **marco de sistemas** en que fundamentarse su aplicación **cultura, económico y político**:



Fuente: Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Gráfico. Marco de sistemas que guían el Enfoque Estratégico

2010 – OMS (Colonia) Estándares de educación sexual en Europa.

En 2010 se elaboraron los Estándares de Educación Sexual para Europa por parte de Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y la organización alemana, Centro Federal de Educación para la Salud. Este documento recógela importancia de la educación sexual en materia preventiva para los niños y las niñas. Entre las múltiples las recomendaciones de este documento se destaca:

- El abordaje **de una educación sexual alineada con las edades de los/as niños/as**.

[11] Algunos de estos actores son: miembros de la comunidad y los dirigentes de las organizaciones de mujeres, jóvenes y otro tipo de organizaciones comunitarias, así como de los responsables por la formulación de políticas, gestores de programas, proveedores de servicios, investigadores y expertos técnicos (OMS, 2007, pág. 6)

[12] En este documento aparecen varios ejemplos los cuales demuestra la eficacia de ese Enfoque Estratégico, el caso de Brasil, se descubrió que entre los grupos vulnerables se encontraban los camioneros los cuales mostraban necesidades particulares de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En el ejemplo de Vietnam, se descubrió que facilitar el acceso a otro tipo de anticonceptivos, como el anticonceptivo inyectable acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) rebajaría las tasas de embarazos no deseados, la calidad mejorada en la atención al aborto tras la expansión en 21 provincias (de las 58 que tiene).

- Abordaje en **las escuelas de manera transversal**, es decir l*a educación sexual como una materia curricular multidisciplinaria*, que sea abordada de manera integral en las asignaturas.

A lo largo del documento hay un despliegue de definiciones que son imprescindibles para la educación sexual, como es sexo, sexualidad, salud sexual, entre otros. Entre **las consideraciones** para la implantación de planes de la educación sexual deberán de tener en cuenta las siguientes realidades.

- La sexualidad es una parte central del ser humano.
- Las personas tienen derecho a ser informadas.
- La educación sexual informal no es adecuada para la sociedad moderna.
- La juventud está expuesta a demasiadas nuevas fuentes de información.
- La necesidad de acceso a la salud sexual.

En esta última consideración, se despliegan algunas **consideraciones adaptadas a las edades de los niños y niñas**[13]**.** En este documento se destaca la importancia de educar en determinados cambios corporales antes de los 10: *o ideal es que los temas se introduzcan antes que ellas y ellos alcancen la etapa correspondiente de desarrollo, y así prepararlos para los cambios que van a tener (por ejemplo, una chica tendría que conocer la menstruación antes que tenga su primera regla).* Ente los valores que debe de transmitir la educación sexual se encuentra (Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA, 2010, pág. 37):

- La educación sexual será acorde a la edad, ajustada al nivel de desarrollo y comprensión, con responsabilidad cultural, social y sensibilidad
- Que se corresponda con la realidad de la vida de las personas jóvenes. La educación sexual se basa en los derechos humanos (sexuales y reproductivos).
- La educación sexual se basa en un concepto holístico de bienestar, donde se incluye la salud.
- La educación sexual se basa firmemente en la igualdad de género, en la libre determinación y en la aceptación de la diversidad.
- La educación sexual comienza en el nacimiento.
- La educación sexual debe ser entendida como una contribución hacia una sociedad más justa y comprensiva para el empoderamiento individual y comunitario.
- La educación sexual se basa en una precisa información científica.

[13] Entre las páginas de 29 y 36 se recoge de cada franja de edad cuales son los cambios que se producen en las vidas de los niños y niñas por la socialización en género.

2015 – ONU (New York) Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar.

En 2015 la preocupación de la ONU por alcanzar la Salud y el Bienestar son incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en concreto es transversal su perspectiva de género para poder cumplir con ellos. Algunos de los objetivos que se encuentran relacionados con la investigación son:

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

- **3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- **3.5** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- **3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

2018 – OMS (Ginebra) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo

En 2018, la OMS, da un giro al concepto de salud sexual, abordando el concepto como el **desarrollo de la vida y de las relaciones personales** y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2018). En este documento de resaltan 4 esferas importantes dentro del marco operativo y los vínculos entre ellas (OMS, 2018, pág. 5). Los principios trasversales para tratar la salud sexual son: la perspectiva holística, aceptar la relación entre la salud sexual y reproductiva, adaptar a las necesidades de las personas, posicionarse desde el enfoque positivo, y proteger el cumplimento de los derechos humanos. Se **señala al contexto social como factor importante para la salud sexual** porque es donde se encuentra l*as normas culturales y sociales en torno a la sexualidad, desigualdades socioeconómicas y de género, derechos humanos, leyes, políticas, reglamentos y estrategia* (OMS, 2018, pág. 9). En este marco operativo se explicitan dos intervenciones para la salud sexual y reproductiva, por separado.

Salud Sexual

- Educación e información integra
- Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas
- Prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.
- Función sexual y orientación psicosexual.

Salud reproductiva

- Asistencia prenatal, durante el parto y puérpera
- Orientación y suministro de métodos anticonceptivos
- Tratamiento de la esterilidad.
- Servicios de aborto seguro.

El **compromiso e importancia hacia los derechos sexuales y reproductivos** ha llegado más tarde que otros derechos humanos a nivel internacional. Sin embargo, las barreras ideológicas, morales y religiosas han impedido el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, empezando por la información, educación y asesoramiento. Las decisiones informadas, principio vertebrador del derecho a la salud sexual y reproductiva, comienza por la información y la educación. Por ello, en el presente estudio se observará hasta qué punto el acceso a la información se ve interceptada.

Si se compara la situación de otros derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos han tenido una cierta grado residual debido, en parte, a la visión androcéntrica de las convenciones internaciones. Hasta la divulgación de los derechos de las mujeres no se comienzan a sellar importantes acuerdos internaciones y nacionales para poder ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

La salud sexual y reproductiva contiene numerosas aristas, los derechos sexuales y reproductivos son muy diversos. De hecho, si no hubiera sido por la lucha contra el VIH, los derechos sexuales y reproductivos no hubieran tenido la divulgación correspondiente. Sin embargo, como se ha podido comprobar, la **visión androcéntrica** ha invisibilizando parte de las realidades y vivencias en los cuerpos de las mujeres.

Impulsos feministas en las legislaciones sobre salud sexual y reproductiva.

En España las leyes estatales que enmarcan la salud sexual y reproductiva desde el enfoque positivo comienzan en el año 1970. Previamente la imagen de la sexualidad era limitada, sesgada y, sobre todo, censurada; **características de un modelo de sexualidad represiva**. Durante la transición política y social la moral de la época comienza a relajarse y con ella los mandatos procedentes de la moral religiosa del franquismo y del nacionalcatolicismo. En este contexto, la conceptualización del acto sexual como objetivo único de procreación y la visión androcéntrica de la sexualidad formaban parte de los fundamentos de la opresión sexual.

En **1970, desde el tejido asociativo de movimientos feministas** comienzan a reivindicar determinados puntos clave: la legalización del aborto, la desvinculación de la sexualidad con la maternidad [14] y el acceso a anticonceptivos; *los anticonceptivos eran entendidos, por la mayor parte del movimiento feminista, como un medio para disfrutar de una sexualidad más libre y el derecho al aborto como una medida para poder poner fin a un embarazo no deseado* (Gahete Muñoz, «Sexualidad no es maternidad». Sexualidad, anticoncepción y aborto en el movimiento feminista español (1976-1983), 2022). Si bien la autora, Soraya Gahete Muñoz (2017), señala en su tesis sobre el feminismo en la transición que, sobre los temas de sexualidad -aunque estuvieran incorporados en las agendas feministas de la época-, **había importantes resistencias a nivel social**: *En un país, España, donde los temas referentes a la sexualidad eran todavía temas tabú, el que un conjunto de mujeres hablara abiertamente sobre ello y además exigiera una sexualidad libre, no vinculada a la maternidad como hasta el momento se había entendido para el caso de las mujeres, fue absolutamente revolucionario para la época.* (2017, pág. 323).

1971 – Colectivo Our Bodies Ourselves (Boston).

En cuanto a la autosatisfacción sexual es destacable la influencia del Colectivo de Boston con el libro *Our Bodies Ourselves*, específicamente a partir de la difusión en cuanto a la práctica Self-Help[15], que apuesta por **explorar el propio cuerpo femenino**: se partía de la idea de que el cuerpo femenino había sido colonizado por el pensamiento androcéntrico, siendo necesario que las mujeres desarrollaran un conocimiento de su propio cuerpo (2022, pág. 1270)[16].

[14] Esta reivindicación es esencial para asentar la idea de una sexualidad desde el disfrute y de positividad y no desde la culpa y desde la estigmatización.
[15] Breve resumen del movimiento de autoayuda. *The Feminist Self-Help Movement Helped Women Seek Reproductive Care*- Sadie Bograd. Revsta Tenn Vogue. (21 de enero de 2022). Véase aquí.
[16] Para más información sobre el colectivo Our Bodies Oirselves Today, véase aquí

1971 – Centros De Salud Feminista para mujeres

El movimiento feminista suplo la carencia de salud sexual y conocimientos de los propios cuerpos de las mujeres. El movimiento feminista ha sido y es muy importante a la hora de crear redes de apoyo entre mujeres relacionadas con la salud sexual y reproductiva. En 1971 en Estados Unidos se creó el **movimiento de autoayuda a la salud femenina** impulsando la creación del Centro de Salud Feminista para mujeres (Los Ángeles)[17] con el fin de autoexplorar el cuerpo femenino[18] y dotar de conocimiento en la identificación de enfermedades de trasmisión sexual. Este movimiento de **autoayuda y autoconocimiento** se empieza a expandir por el mundo abriendo sedes en otras ciudades en Francia, Italia o Cuba[19]. La importancia por la salud de las mujeres permitió que se comenzarán a crear grupos concretos de apoyo como por ejemplo Proyecto Nacional de Salud de las Mujeres Negras (en EEUU) o Grupo de Autoconciencia de Lesbianas Feministas (en México)[20]. Por otro lado, aunque el impulso feminista criticaría la ausencia del autoconocimiento femenino en su propio cuerpo y falta de control sobre su propia salud, se comienza a **criticar los parámetros socialmente establecidos del coito,** basado en un modelo heterosexual y satisfactorio para el hombre. El coitocentrismo comienza a ser cuestionado especialmente por colectivos de mujeres del **feminismo lesbiano***: aportaciones del lesbianismo político que irá más allá de concebir el lesbianismo como una orientación sexual, al cuestionar la heterosexualidad como modelo sexual de referencia (…).El lesbianismo representó también una nueva manera de entender la sexualidad y las relaciones sexuales, al tiempo que cuestionó la heterosexualidad como modelo hegemónico.* (2022, pág. 1274)*.*

En España, en concreto en Cataluña, se crea el **grupo DAIA (Mujeres por el Autoconocimiento y la Anticoncepción)** que se caracterizaba por divulgar conocimiento de anatomía femenina, los métodos anticonceptivos y disponer de consulta ginecológica. Este grupo estaba especialmente interesado en poder llegar a esas mujeres de clase obrera y barrio periféricos de Barcelona [21]. Estos centros creados por los grupos feministas son el precedente de los Centros de Planificación Familiar desde las instituciones[22].

[17] *Women's Health & Self Help Movement.* Véase aquí.
[18] El impacto de la Clínica hizo que se extendieran muchas más por el país gracias a la que la Corte Suprema Roe y Wade sentenciarían que los abortos podrías realizarse de *abierta e independiente de los hospitales.* Véase aquí.
[19] A día de hoy todavía existen Centros de Salud Feminista creados en la época como el de Atlanta. Véase aquí.
[20] El autoconocimiento de las mujeres en su propia salud hizo que se cuestionaran otros tipos de salud como la salud mental. En el caso de España, Carmen Sáez se convierte en referente feminista cuestionando el origen de ciertos males tales psicológicos originados por las dinámicas patriarcales. Fue esta psiquiatra organizó los grupos exclusivos de mujeres considerando en la época una práctica rompedora. Articulo: Carmen Sáez, psiquiatra y feminista- Ritana Muñoz–Rojas. *Prospereando.es. Revista Asociación vecinal Valle-Inclán de Prosperidad.* 10/2/2021.Véase aquí.
[21] Sílvia Lucia Ferreira realiza un artículo del movimiento feminista y como los grupos DAIA: *El movimiento feminista y la salud de las mujeres: la experiencia de los Centros de Planificación Familiar (CPF) en Catalunya (1976-1982)*- Revista de Estudios Feministas 2008, 16(3). Véase aquí.
[22] A modo de contexto, el interés por conocer el placer sexual femenino y el deseo sexual procede de investigaciones en los años 60. Entre algunos de los modelos sobre la sexualidad humana, se divulgó el modelo circular de Basson como uno de los más rupturistas. En este articulo *El deseo sexual femenino. Un tema de interés para todos* (2014), se recorre la bibliografía relevante en cuanto a estos temas. Véase aquí.

1975 – I Jornadas de la liberación de la mujer en España.

En el año 1975, coincidiendo con el Año Internacional de la mujer, a propuesta de la ONU se comienza a asentar el día 8 de marzo como día conmemorativo[23]. Coincidiendo con la muerte del dictador Francisco Franco, en diciembre de ese mismo año se celebran las primeras **Jornadas por la Liberación de la Mujer en España**, en las cuales se reivindica, en relación a la salud sexual y reproductiva, el acceso a anticonceptivos y la creación de centros de planificación familiar. Si bien estas Jornadas estuvieron marcadas por la organización clandestina Movimiento Democrático de Mujeres desde 1965, hubo muchas otras organizaciones, tanto regionales como de corte laboral, que aportaron diferentes postulados y reivindicaciones en pos de la mejora de la situación de la mujer. Sin embargo, en el interés por mejorar la sexualidad y poder de la mujer emergió una única apuesta en común como, por ejemplo, el apoyo a proveer a la ciudadanía de centros de planificación familiar[24]. En la resolución y conclusiones de las I Jornadas por la liberación de la mujer (1975) se recogen varios **postulados clave mejorar la salud sexual y reproductiva**, en concreto suprimir el como único papel de la mujer al de madre; incluir en el ámbito formativo *Información sexual*, derogar en el Código Penal los artículos que coartan la libertad de la mujer por informante o adquirir anticonceptivos; despenalizar el aborto; creación de centros de planificación familiar y, asimismo, la legalización de los anticonceptivos y su extensión por la Seguridad Social; supresión del delito de adulterio y promulgación de una ley sobre el divorcio[25].

1977 – Origen de la Federación de Planificación Familiar y los centros de Planificación familiar.

El fruto de estas jornadas y la conciencia social en pos de la mejora de la SSR hace que, en 1977, se fundara SEDRA-Federación de Planificación Familiar, con el objetivo de hacer llegar a más población educación sexual a las mujeres. Además, se comienza a crear centros de planificación familiar gestionados por asociaciones de mujeres[26]. En 1976 la Federación de Liberación de la Mujer abre por primera vez un centro de planificación familiar en Madrid con profesionales altruistas, pero es cerrado a los 2 años por considerar que la responsabilidad de la planificación familiar, es de la Seguridad Social y no del movimiento feminista (Ruiz de Viñaspre Hernández, 1978, pág. 11) . Mientras en 1978 se aprueban la despenalización de los anticonceptivos, impulsándose aún más la **despenalización moral** en cuanto a la sexualidad

[23] En este portal de ONU, se realiza un recorrido interactivo sobre la historia de los derechos de las mujeres a nivel internacional. Historia del día de la mujer. ONU. Véase aquí.
[24] Gracias al Archivo de la Transición (Asociación por la Memoria Histórica del PTE y la JGRE) se puede consultar las Resoluciones y conclusiones de las I Jornadas para la Liberación de la Mujer a primeros de diciembre de 1975. Véase aquí.
[25] Es importante resaltar que durante estas jornadas ya se destacaba la importancia de las mujeres privadas de libertad por conductas delictivas derivada de cuestiones de razón de sexo, también reivindicación de la derogación del Decreto-Ley Antiterrorismo y modificación de Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social por poner el foco en conductas discriminatoria hacia la mujer. Resoluciones y conclusiones de las I jornadas por la liberación de la mujer, 1976.
[26] La historia de SEDRA-Federación de Planificación Familiar se puede encontrar en su página web. Véase aquí.

incluyendo determinadas prácticas sexuales. Se comienza a abrir paso **la visión positiva de la sexualidad**. La creación de los centros de planificación familiar va en paralelo con la transición sociocultural y política en España a nivel legislativo. La despenalización social de la sexualidad impulsa la modificación del Código Penal produciéndose en 1978 la despenalización legal de los anticonceptivos, permitiendo la venta, publicidad y uso de anticonceptivos[27].

La sexualidad sin tabús hace que comience a abrirse paso la idea de la falta de visibilidad del (auto) placer como un derecho[28]. La trascendencia de los cambios legislativos inducidos por el impulso feminista a lo largo de la transición provocó en 1979 que el gobierno[29] aprobara por Real Decreto una **incipiente red de centros de planificación familiar**. Esta red tuvo como inspiración los criterios y directrices de los Organismo Internacionales[30].

1979 – Iº Semana de Estudios Sexológicos de Euskadi.

Los prejuicios sexistas y la emergencia reciente de la disciplina como la sexología contribuyeron a indagar sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La sexología se fundamenta bajo la afirmación de aceptar la existencia **del hecho sexual humano**. En la conferencia de la I semana se estudios sexológicos de Euskadi en Vitoria Efienio Amezua[31] afirmaba que:

> *Una sexología (sexología) no es "cualquier cosa que trate sobre el sexo". Una sexología es una ciencia que busca, investiga y desentraña, de una forma específica con métodos propios, motivados por su mismo objetivo, el sentido o los sentidos (logos) del hecho sexual, es decir, del hecho ineludible de que somos sexuados, nos vivimos como sexuados y nos expresamos como sexuados.* (Amezúa, 1979).

La **aceptación del hecho sexual** humano por parte de la sociedad requiere tener presente que el acompañamiento de una información y conocimiento veraz y científico sobre la salud sexual y reproductiva con enfoque positivo de la sexualidad.

1981 – Derecho a la disolución del matrimonio: Ley del divorcio

Junto con estas transformaciones en el ámbito sanitario, académico y en concreto desde el activismo se aprueba en 1981 la llamada **ley del divorcio**, derecho indispensable de los derechos sexuales y reproductivos, dado que era el matrimonio la institución social que otorgaba la permisividad de determinadas conductas y prácticas sexuales. Esta ley supone asentar los

[27] Ley 45/1978, de 7 de octubre, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal. Véase aquí.
[28] En 1979 se abre el primer Sex-shop de Madrid, teniendo gran acogida como refleja el siguiente artículo. ‘‘ Primer "sex-shop" en Madrid’’. *El país* (28 de junio de 1979). Véase aquí.
[29] En esa época gobernada UCD (Unión Centro Democrático)
[30] En 1978 mediante el Real Decreto 2275/1978, de 1 de septiembre, sobre establecimiento de servicios de orientación familiar. Véase aquí.
[31] Doctor en Sexología, fundador de la Revista Española de Sexología , además de ser el director del Máster en Sexología: Educación y Asesoramiento Sexual de la Universidad de Alcalá.

derechos de disolución del matrimonio bajo la voluntad de los contrayentes (BOE, 1981, pág. art 85) y sin tener que aludir a causas como la infidelidad o falta de convivencia.

1982 – Primer Congreso de Planificación Familiar en Gijón.

La fuerza del movimiento asociativo en España 1982 a favor de la planificación familiar y culmina con el **Primer Congreso de Planificación Familiar en Gijón**. Este Congreso impulso alianzas entre asociaciones, así como aprendizajes en la forma de organizase. En 1983 se crea la Asociación de Mujeres para la Salud, la cual tienen como objetivo vigilar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y aplicar la perspectiva de género en los programas de salud [32].

1986 – Reforma Sanitaria del Sistema Nacional de Salud

Paralelamente a estos cambios sociales en 1986 en España la Sanidad Pública cambia su modelo asistencial[33] aprobando Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta ley supone cambiar el modelo de financiación y estructura asistencial, pasa de ser un modelo financiado a través de las cuotas de mutuas de los/as trabajadores/as a ser financiado mediante los Presupuestos Generales. O. José María Segovia de Arana afirma: *La progresiva cobertura de la población trabajadora por la Seguridad Social se transformará a partir de 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad, en la universalización de la asistencia. La completa colectivización de ésta y los altos niveles de su calidad asistencial condujeron a suprimir, por primera vez en la historia, la injusta separación que existía entre Medicina de pobres y Medicina de ricos, lográndose una equidad en la atención médico-sanitaria desconocida hasta entonces.* Este cambio social, interfiere en el acceso a sanidad indiferentemente de la situación laboral entre las personas que viven en España. Este cambio legislativo va acompañado de la **creación de centros de atención primaria** promovidos por la Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud en Alma-Ata (OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1979), cual promulgaba la necesidad de la creación de centros de atención primaria para poder mejorar **el alcance de las personas a servicios de salud,** a su vez dar asistencia e información sobre SSR.

1985 - Despenalización del aborto en España

Otro cambio que reflejaba el cambio de valores y la moral, fue a los años posteriores, en 1985 con la despenalización del aborto. Desaparecía del Código Penal, anteriormente recogido en los artículos Código Penal, arts. 411 a 417. Esta **situación aperturista** introdujo grandes cambios para la salud reproductiva y sexual de las mujeres, por lo olvidar impactos positivos en la moral y valores de la soledad la cual, si ya apuntaba a una cierta secularización, este paso distanció

[32] Asociación de Mujeres para la Salud. Véase aquí.
[33] En anterior modelo asistencial estaba basado en las cuotas mutualistas de las personas trabajadoras pasa a la universalización en el acceso a la sanidad.

más a los sectores de la sociedad. La modificación de esta ley incorporó tres supuestos para posibilitar la interrupción del embarazo

- Necesidad de un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada sin límite en las semanas de gestación.
- Que el feto pudiera nacer con graves taras físicas o psíquicas.
- En caso criminológico (violación), dentro de las primeras 12 semanas.

Estos supuestos abrieron la puerta a una toma de decisiones todavía basada en criterios médicos alejados de autonomía de la mujer, y no sería hasta 2010 cuando se promulgue la ley llamada la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que garantice la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y promueva su autonomía.

Apuesta y compromiso institucional por la salud sexual y reproductiva.

En las siguientes paginas se desarrolla un breve análisis comparativo de las dos leyes orgánicas de Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (2010) y 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.(2022).

Leyes orgánicas y Estrategias Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

En 2010 se elabora la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**. Esta ley impacta de manera positiva en la cobertura sanitaria y autonomía de las mujeres en cuanto a las decisiones de su salud sexual y reproductiva. Como es de suponer esta percepción positiva, no caló de la misma manera en los sectores más conservadores de la sociedad, focalizados en el rechazo del **derecho al aborto y la educación sexual** en los centros educativos. Está contribuyó a grandes cambios en **cuanto a la protección y promoción de la salud de las mujeres**. Entre estos cambios, la ley transformó el derecho al aborto, pasando de una ley de supuestos a la ley una ley de semanas, en concreto 14 semanas, incluyendo la decisión libre y petición de la mujer (Boletín Oficial del Estado, 2022, Art 14). Desde ese cambio legislativo, como se puede comprobar en la siguiente tabla, la voluntad de interrupción del embarazo *a petición de la mujer* es uno de los principales motivos para la interrupción, los demás motivos aparecen como secundarios.

Motivos de interrupción del embarazo. Ministerio de Sanidad

Año	A petición de la mujer (%)	Grave riesgo para vida o la salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)
2022	91,23	5,66	2,80
2021	90,98	5,58	3,12
2020	90,87	5,73	3,10
2019	90,90	5,85	2,93
2018	90,44	5,95	3,32
2017	89,75	6,38	3,56
2016	89,67	6,38	3,61
2015	89,46	6,51	3,71
2014	88,90	7,15	3,61
2013	89,93	6,94	2,84

Fuente: Ministerio de Sanidad. Datos Estadísticos

A año siguiente la creación de la **Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva** (2011) provocó la creación de los Criterios de Formación en Salud Sexual Integral para Profesionales en Atención Primaria, (Ministerio de Sanidad, 2021) que sería materializado en 2021. Se destaca que **la formación desde la perspectiva de género** en profesionales sanitarios como

indispensable, incluyendo la importancia de tener en los currículos **formación transversal en género**.

En 2019 se aprueba el **Plan Operativo de 2019-2020, de la Estrategia de Salud Sexual** (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS) en donde se recoge las diferentes acciones en 4 áreas importantes:

- Promoción de la salud sexual.
- Atención sanitaria
- Formación de profesionales
- Innovación Investigación y buenas prácticas.

Lo destacable de este Plan operativo, es el enfoque en los contextos de vulnerabilidad, así como en determinados grupos poblacionales: *El abordaje de la salud sexual integral que se incluye en las diferentes líneas específicas debe contemplar de forma transversal los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales (grupos etarios, diversidad funcional, diversidad sexual y de género, , etnia, violencia sexual y personas con enfermedades crónicas, incluyendo personas con el VIH) tomando como base los principios de universalidad, calidad y equidad que inspiran el conjunto de acciones del SNS.* (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019, pág. 5)

Más adelante, en la **Estrategia de Salud Pública de 2022,** se apuesta por un **enfoque positivo de la sexualidad (2022):** *Promover la salud sexual desde un enfoque positivo, integral e inclusivo*. En esta línea se apoya la idea de realizar actividades de formación educación y promoción de la salud hacia adolescentes, así como a **población en situación de vulnerabilidad**. En 2023 se aprueba una modificación y mejora de la ley, que es recogida en la *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.* En esta ley se añaden **temas novedosos como**:

- Incorporación de **nuevas definiciones que amplían el alcance de la salud sexual** en las mujeres. En la anterior ley solo se reflejaban la salud, salud sexual y salud reproductiva; en la nueva ley se incluyen términos como salud durante la menstruación, intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas, menstruación incapacitante secundaria, violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo, esterilización forzosa, anticoncepción forzosa y aborto forzoso.
- Los **principios rectores y ámbitos de aplicación** son ampliados e incorporan el enfoque de género, atienden a la protección por discriminación interseccional y

múltiple, planteando la accesibilidad universidad de los derechos SR y apuestan por el empoderamiento y la capacidad de agencia de todas las personas. Por último, incorporan la importancia de implicar a los hombres en el ejercicio de la corresponsabilidad (pág. Art7).

- La **protección por parte de los poderes públicos** incorpora la interseccionalidad como principio de actuación y la difusión de información sobre la menstruación, y la especial a las personas con discapacidad y la posible reparación de las personas sobre la vulneración de sus derechos sexuales. Además, se incorpora la necesidad de dotar de herramientas lingüísticas a las personas con otras pertenencias culturales. La investigación y la generación de conocimiento es una de las propuestas incipientes para conocer el cumplimiento de las políticas públicas en cuando a los derechos SR.
    - Los **ámbitos laborales** incorporan la nueva legislación de incapacidad temporal en los casos de menstruaciones incapacitantes (Artículo 5 ter)
    - Además, se insta a dotar en los centros educativos, servicios sociales, con productos de higiene que en la mejor medida sean *sostenibles, orgánicos, ecológicos, de rápida descomposición, reutilizables y libres de químicos, con el fin de causar el menor impacto posible al medio ambiente y en la salud de las mujeres y otras personas destinatarias.*
- La **atención integral desde el Sistema Nacional de Salud** debe de ser especializada y en la medida de lo posible adapta a las necesidades. Además, la atención los servicios públicos debe de ir enfocada tanto a la salud sexual como reproductiva (2022 ,art 7). Esta atención integral, se encuentra la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito **ginecológico y obstétrico.**
- La protección del **derecho al aborto** es transversal en toda la ley, empezando por los principios rectores y ámbitos de aplicación, haciendo participes y responsables a las autoridades. Este derecho permite la interrupción a mujeres a partir 16 sin consentimiento paterno. Se garantiza la información sobre los métodos de interrupción de embarazo, así como una línea telefónica (Art 18). Además, se incorpora la protección del derecho a al intimida y confidencialidad de los centros autorizados.
- La promoción y el conocimiento **de la menstruación es también transversal** incorporando educación menstrual. (Art 10).

Educación sexual y reproductiva: acceso y canales de información.

El acceso a información sobre sexualidad y la formación mediante educación sexual es clave para transmitir los derechos sexuales y reproductivos. Sin esta formación los principios de **control y toma de decisiones de manera informada no se trasmitirán.** La Coordinadora

Feminista recoge un bosquejo de la importancia en España de la educación sexual. Esta recopilación es un ejemplo de la fluctuación de importancia que en España ha tenido **la educación afectiva sexual a nivel legislativo en la educación pública:**

1. La primera vez que se introdujo en España la educación sexual fue en los currículums académicos en 1990 (con la introducción de la LOGSE). Sin embargo, en vez de avanzar en el conocimiento sobre la diversidad en sexualidad humana, después de 12 años, la enseñanza se redujo a una visión reproductivista, mermando la visión del disfrute y el placer.
2. En 2006, a partir de la aprobación de LOE (Ley Orgánica de Educación), aparece *la educación a la ciudadanía*, omitiéndose en el propio texto de la Ley las referencias a la educación afectivo sexual.
3. El declive continúa y en 2010, tras la aprobación de la Ley de Salud Sexual, aunque parece que tiene una interpelación hacia los poderes públicos, no se despliegan los mecanismos para poder contribuir a la formación e información.
4. En 2012, con la aprobación de LOCME, los contenidos afectivos sexuales se eliminan nuevamente.

En 2020 la modificación de la **Ley de Educación (Ley Orgánica 3/2020)** establece la inclusión de principios pedagógicos, entre ellos la educación para la salud, dentro de la cual se encuentra la afectivo-sexual (BOE , pág. Art 19). En la actualidad, la comunidad autónoma de la Región de Murcia ha implantado el llamado *pin parental* para poner en conocimiento a los padres y madres de los cursos y formaciones que se imparten en el centro, y permitir a los padres/madres para la asistencia a la formación. El núcleo de la implantación de esta medida es **la formación en educación sexual, violencia de género y colectivo LGTBI+.**

La educación sexual en España ha sido una asignatura pendiente desde los centros formativos porque **ha estado supeditada a las modificaciones de legislativas**[34] y a la voluntad política. Según el CIS, en su estudio sobre *Actitudes y prácticas sexuales* (2008), el 67,6% afirmaban *no haber recibido nunca en ningún momento d*e su vida educación sexual, dejando de manera residual un 32,2% de casos afirmativos. De esas personas, señalaban que la edad a la que tuvieron esa formación es, por orden, a los 14 años 20,9%, a los 12 años un 17,2 %, siendo mayores de 15 años 17,1%, con 13 años el 16,3%. Esta distribución de edades es muy relevante, puesto que se concreta en aquellas en las que tienen a la vez comienzo las relaciones sexuales. De hecho, esos mismos encuestados/as afirman en un 30% que la edad recomendada para empezar a dar educación sexual en los colegios seria a las 12- 13 años, y un 28% de los 10 a los 11 años. En esta misma encuesta, la **responsabilidad de los centros educativos es considerada muy relevante**; el 93,9% afirmaba que son quienes los centros educativos deberían de dar educación sexual. Por otro lado, se considera que la información sexual ha sido

[34] Un ejemplo para referenciar la educación sexual fuera del modelo heteronormativo, es la formación en educación sexual impartida por la asociación SIDASTUDI, con un modelo en educación sexual feminista a personal profesional. Véase aquí.

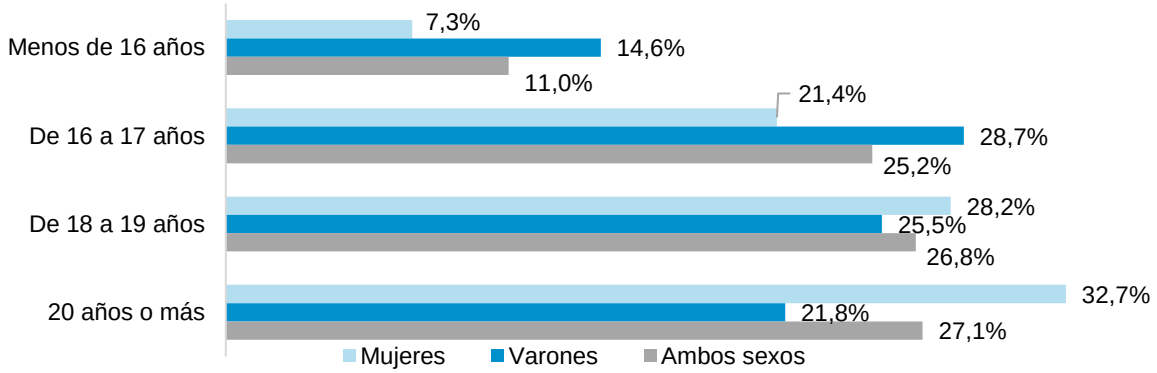
obtenida por diferentes redes de apoyo, como puede ser la familia, el 47,4% de las personas afirma no haber obtenido *nada de información*, tampoco desde los *profesores/as y educadores/as,* el *56% afirma no haber obtenido ninguna información* por parte de ellos/as. Otro dato relevante son **las fuentes más fiables de información** sobre sexo y sexualidad, eran *la propia experiencia* (39,7%) y la propia pareja (30,5%). En menor medida, desde las amistades había sido algo relevantes (4-5 puntos) 34.8% como canal de información. Los libros, revistas o publicaciones afirman que no han sido en gran medido consultado en un 30,5%.

Si nos focalizamos en la población joven, según el **Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción**, señala las **principales fuentes de información** sobre sexualidad son internet (50,7% en chicos y un 44,9% en chicas), y los/as amigos/as (un 46,9% y un 44,2% en chicos). Sin embargo, estos/as jóvenes **considera que quien tienen que trasmitir** esta información deberían los centros de orientación (34,5%), desde los equipos docentes, (27,5%) su propia madre (15,7%), un médico (9,7%) o su padre (7%) (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC, 2019, pág. 10). En general, y a nivel intergeneracional, hay una demanda en suplir por parte de las instituciones educativas esa falta educación sexual y reproductiva.

Adelanto de la edad de inicio de las relaciones sexuales.

La edad de iniciación a relaciones sexuales se ha adelantado a lo largo de los últimos años, por ello es importante adaptar los planes educativos y las formaciones sobre educación afectivo sexual a las realidades actuales, en concreto lo relacionado **con las nuevas tecnologías** y redes sociales. Según la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales (INE, 2003) afirmaba que el 11% se ha iniciado con menos de 16 años. Los hombres afirmaban ser más tempranos en el inicio del sexo, sobre los 16-17 años (28.7%). Las mujeres afirmaban iniciarse en edades más tardías, el 32,7% en los 20 años o más.

Edad de inicio de las relaciones sexuales.



Fuente: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Año 2003.

En 2017, la edad media se situaba entre los 17,7 años, presentando una frecuencia más entre dos a tres días por semana (Control, 2017). La **Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Anticoncepción** en 2019 afirmaba que la edad media de la relación situaba entre los 16,4 años (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC, 2019). En 2021 el estudio llevado a

cabo por la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFiCC), confirma que **la edad de inicio en las relaciones sexuales seguía disminuyendo**, el 51% afirman haberse tenido su primera relación sexual con 15 años[35].

Planes educativos y educación afectivo – sexual en los centros educativos.

Gran parte de las trabas en la trasmisión de información sobre sexualidad se encuentran relacionados con los planes educativos y la formación de equipos docentes. En 2010 la Federación de Asociaciones de Padres y Madres de Alumn@s de Aragon, señala como el desinterés de los equipos docentes provocaba una la **suspensión de la educación sexual** (2010). La carga lectiva, falta de formación específica, la falta de coordinación entre Educación y Sanidad, así como la falta de transversalidad, eran destacados como parte una **impartición de educación sexual muy irregular**. A día de hoy el 16% del alumnado entre 13 y 18 años afirman no ha haber recibido ningún tipo de información sobre educación sexual, además el 52% afirman que habían recibido entre 1 o 4 horas de formación (Save The Children, 2019).

Entre las **barreras de educación sexual** se destacan las debidas a motivos religiosos. Aun haciendo un impulso legislativo desde educación a lo largo de los años para inculcar la importancia de la educación sexual, esta no ha dejado de estar exenta de la crítica moral y religiosa. Algunas de las **barreras para la socialización** en la educación sexual son agentes de religiosos, como afirma el informe del INJUVE, en concreto por la *ola de conservadurismo que está recorriendo Europa provoca que* derechos sexuales ya conquistados como el derecho al aborto este siendo cuestionados (INJUVE, 2019, pág. 130).

Desde diferentes **voces expertas de diversas** disciplinas se denuncia el enfoque sesgado que se ha venido desarrollando a lo largo de los programas de educación sexual en la educación ‘’Como venimos comentando, la situación de la educación de la sexualidad en España es escasa, biologicista, basada mayoritariamente en la prevención de riesgos y muy alejada de la diversidad sexual y cultural” (Martínez-Álvarez et al., 2018 en INJUVE 2019, pág 126). A día de hoy la educación sexual ha sido vista en las escuelas residual, e insuficiente y poco adaptada a la realidad[36].

Enfoque genital y centrado en la penetración.

[35] En este artículo donde se referencia la investigación, se señala que la educación sexual en el ambiente familiar también es una tarea pendiente, el 35% de no tienen confianza para hablar de sexualidad con la familia. Se referencia el artículo de prensa ante la imposibilidad de localizar la investigación. *20 minutos*. Véase aquí.

[36] En el artículo de Ignacio Zafra, se señala que tras los intentos de introducir la educación sexual en la escuela se ha visto con trabas como que la trasversalidad en las demás asignaturas, esto hace que no siempre se imparta al presentarse como obligatoria, y además si fuese el caso de impartirla como una materia más, la cantidad de horas lectivas supondría más carga de la existente. La diferencia entre el enfoque entre colegios laicos y católicos en los conocimientos impartidos, hace ver la distancia entre la perspectiva particular de educación sexual: ‘’*hay colegios católicos que abordan la educación sexual desde un ideario cristiano tan particular que es difícil considerarla tal* ‘’ (23 de septiembre de 2023). Véase aquí.

Entre los elementos que se destacan como sesgos de la educación sexual, se encuentran el constante enfoque de la **genitalidad y la centralidad en la penetración (vaginal o anal)** que producen omisión en las numerosas prácticas sexuales y en concreto el (auto)placer femenino. Según el estudio realizado por el Instituto de las Mujeres en 2022 a mujeres entre 16 y 22 años, la edad media de la primera relación sexual con penetración es de 16,7 años; entre las personas con quien se iniciaron, el 71,1% fue con *la pareja,* el 16,2% con un *amigo*, y el 10,1% con alguien *esporádico con alguien poco conocido o desconocido* (Instituto de las Mujeres, 2022). En este mismo estudio, el 74,6% afirma que *alguna vez ha mantenido sexo con otra persona con penetración vaginal*, el 66,5% afirma practicar *la autoestimulación*, solo el 52,4% sexo *con otra persona sin penetración* y el 25,1% ha practicado *la penetración anal* (Instituto de las Mujeres, 2022, pág. 32). Entre las **causas para no realizar una práctica con penetración** se encuentra, la negativa de la otra persona a realizarlas, el 54,4% afirman que *no ha conocido a ninguna persona con quien me haya apetecido tenerlas,* el 31,8% *no está preparada para ello,* un 9,7% afirma *que es pecado/inmoral,* el 9,4% afirma *que no quiere quedarse embaraza* y *no cree que se encuentre en la edad adecuada.*

Además, el **modelo heterosexual** encorsetaba aún más el conocimiento en diversidad sexo-genética: *Esta búsqueda en solitario denota hasta qué punto están vigentes las necesidades de información respecto a la contracepción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Estas necesidades se incrementan cuando, por ejemplo, se refieren al ámbito de la prevención y la salud sexual en contextos de relación* ***más amplios que los heteronormativos****. También al hablar de los métodos anticonceptivos de emergencia, la temida "píldora del día después", en donde la única* ***fuente de información*** *es la* ***red o el círculo*** *estrecho de amistades* (Instituto de las Mujeres, 2022).

La educación sexual requiere de una perspectiva de género que aporte conocimiento científico para el control fortalecimiento de la toma de decisiones. En 2023 el Instituto Universitario de Investigación en Atención Primara Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) ha realizado una investigación muy esclarecedora acerca de la salud menstrual (2023):

- *El 47% tenía información parcial sobre la menstruación antes de la menarquia (primera menstruación)*.
- *El 48,7% declaró que* ***no se sentían preparadas*** *para tener la menstruación cuando la tuvieron por primera vez.*
- *El 41,5% de las participantes se ha sentido en algún momento discriminada o juzgada por tener la menstruación.*

En el caso del conocimiento científico sobre la **salud femenina** también repercute en el desconocimiento sobre la **salud menstrual,** esta ha comenzado a ser de interés por la comunidad científica hasta hace poco.

Los mitos y tabús y las etapas vitales que impactan en la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad humana **está sujeta por mitos y tabús,** algunos de ellos vinculados con el ciclo reproductivo de la mujer; Algunas de las etapas de la vida, como es la menopausia se topa con el mito de la usencia o limitación de la actividad sexual. De hecho, dependiendo de las franjas de edad de la mujer existen asociados unos tabús, mitos y sobre todo ciertos **ritos de paso** asociación a la vida sexual y reproductiva. Si bien en la infancia se considera que no hay vida sexual por una **visión adultista,** sin embargo, desde el campo de la sexología se afirma que la autoexploración de los genitales como mecanismo de autoconocimiento comienza en esta etapa vital. Además, no debemos de olvidar que simultáneamente en esa edad se comienza a dar la socialización en género.

Mitos sobre la trasmisión de VIH

Como ejemplo sobre los mitos encontramos que el conocimiento sobre **los mecanismos de trasmisión de enfermedades** como el VIH es a día de hoy todavía insuficiente. En 2003 el 96,4% afirma que la trasmisión de VIH se realizaba mediante que, en las relaciones sexuales, el 86,1% al *recibir sangre,* el 33,4 por *donar sangre,* el 15 % por la *picadura de un mosquito* (INE, 2003). Las mujeres presentan un cierto mejor desconocimiento de la trasmisión, el 9,05 % *de los hombres afirmaba* que, bebiendo del vaso de una persona infectada, esto lo afirmaban 7,24 %. Al igual que *en los lavabos públicos* (el 6,09% en hombres y 5,90% en las mujeres) o por *estar hospitalizado en el mismo sitio que una persona infectada* (el 6,85% en hombres y en las mujeres)[37]. A día de hoy el desconocimiento sigue siendo alto en base a algunas creencias erróneas, según el informe del Ministerio de Sanidad, el 21% cree que se puede trasmitir por una picadura de mosquito, el 11% por compartir un vaso, el 9 por compartir un aseso público y el 8,3% por tos y estornudos. Todas estas **creencias erróneas** fomentan gran **parte del estigma**, el valor del Índice de Estigma ha disminuido, en 2008 era el 2,6, en 2012 bajo hasta el 2,0 y en 2021 llegó a disminuir a 1,4 (Fuster-RuizdeApodaca , MJ; Prats, C, 2022). El organismo *EresVIHDA* desmonta aquellos mitos alrededor del VIH, partiendo de la confusión terminológica entre la diferencia entre VIH y SIDA, siendo el primero un virus y el SIDA una enfermedad, Tener VIH no significa tener sida (Eres VIHDA).

La importancia de la educación sexual en las edades tempranas

En la etapa de adolescencia, los ritos de paso como la primera regla (*menarquia)* está expuesta **cierto ocultamiento social** por el tabú que rodea a la menstruación. De hecho, en esta etapa de la adolescencia se experimentan las primeras presiones sociales hacia las mujeres, la primera relación sexual. En la adolescencia la socialización en género hace que la perspectiva de la

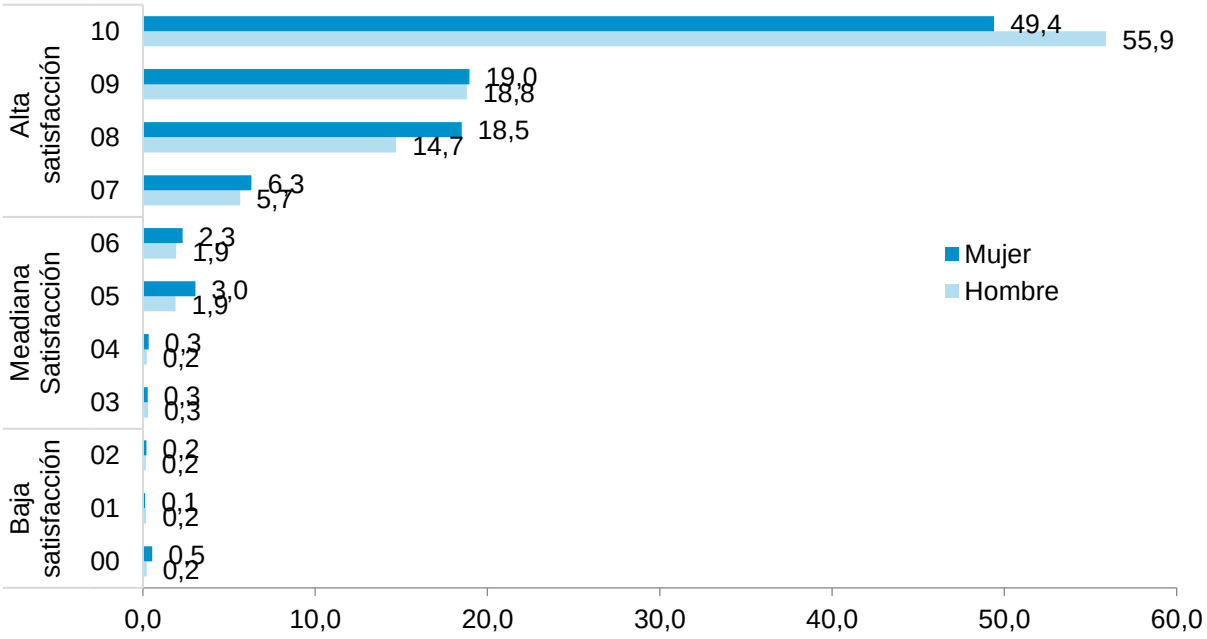
[37]''Personas de 18 a 49 años por mecanismos de transmisión del VIH/sida, opinión sobre la posibilidad de transmisión y sexo'' (INE, 2003) Véase aquí.

sexualidad se asiente en la prioridad del placer hacia el hombre, tomando un punto de **vista falocentrico legitimador** en las prácticas sexuales, entre ellas, la ineludible penetración vaginal. La mística sobre la rotura irrevocable del himen femenino soporta la carga simbólica de la sexualidad femenina construyendo un imaginario social sobre un hecho irrepetible y único en la primera relación sexual. Para añadir, el marco legitimador de la sexualidad sostiene **la perspectiva heterosexual como la única** aportando prejuicios a todo lo que se salga de ese marco heterosexual.

La **educación sexual en estas etapas de la vida** es imprescindible para trasladar la importancia de la salud sexual y reproductiva. El dotar y proporcionar de herramientas para la detección e identificación de infracciones o enfermedades de transmisión sexual, así como la difusión de prácticas preventivas.

Otro elemento importante a incorporar en la educación sexual para contrarrestar mitos contra la violencia de género y en especial contra la autonomía sexual y reproductiva es la idea de **amor romántico,** socializado por diferentes agentes sociales permea en la idealización de los **modelos de relaciones de pareja, así como de maternidad y paternidad** en las etapas más adultas. La **satisfacción proporcionada por la pareja** (no sexual si no a nivel relación) tanto para el hombre como para la mujer en edad adulta con pareja se encuentran situados en niveles parecidos.

Satisfacción proporcionada por la pareja



Según la Encuesta de Fertilidad (INE, 2018).

Redes sociales y agentes digitales de socialización.

Las **redes sociales digitales** aparecen como nuevos agentes de socialización ante la falta de información y orientación educativa, como afirman FAD (2023), logran suplir la falta de información que no se trasmite en casa o en la escuela por contenido pornográfico:

> *Una falta de información y orientación que en cierta **medida suplen con el porno.** De hecho, dos de cada diez creen que es un recurso útil para su educación sexual; el 56,1% afirma que el porno le ayuda a conocer y comprender mejor el sexo o lo utiliza como fuente de inspiración (49,5%).*
>
> *FAD Juventud*

Esto supone tener **alcance a contenido como el pornográfico** que transmite imágenes sexistas[38], heteronormativos y en numerosas **ocasiones violentas**[39]. Según el Informe Desinformación sexual: pornografia y adolescencia (Save The Children, 2019), se reconoce que el 62,5 % de los jóvenes entre 13 y 17 años había visto pornografía y el 53,8% afirman haberlo visto entre 6 y 12 años (Save The Children, 2019, pág. 21). Esto tiene numerosas consecuencias en la idealización de las relaciones y las experiencias sexual. El 36,8% de los/as jóvenes que más consumen pornografía no sabría diferenciar entre la ficción y la realidad, de hecho, genera ideales y proyecciones y expectativa de ser las relaciones sexuales: *El 52,1 % de quienes ven pornografía frecuentemente confirma que esto ha influido mucho o bastante en sus relaciones sexuales* (Save The Children, 2019, pág. 40) De hecho la emergencia de algunas plataformas sociales (como Only Fans) ha hecho cambiar la manera de comunicar la educación sexual. Esas plataformas han podido servir para alcanzar a población más joven, como es el caso de México, donde la plataforma ha elaborado tutoriales sin censura[40].

Imaginario heterosexual y androcentrista

El **imaginario social que rodea a la sexualidad humana** corresponde con un modelo **heterosexual** y a **menudo androcentrista.** Los mitos y tabús que rodean a la sexualidad humana forman parte del argumentario para justificar la violencia directa e indirecta hacia las mujeres, por ello, la violencia de género tiene como **especificidad la violencia sexual.** De hecho, la violencia de género como fenómeno transversal en la sociedad se sustenta en **el control y el poder**. Situaciones como el mantenimiento de relaciones sexuales sin consentimiento, la limitación a anticonceptivos o el impedimento de la interrupción del embarazo,

[38] El informe recoge que la pornografía no ofrece relaciones igualitarias, además se señala que es identificable en jóvenes que se reconocen como las mujeres no binarias: *el 55 % de las chicas y la mayoría de adolescentes con género no binario niega con rotundidad que son igualitarias, frente al 31,1 % de los chicos* (Save The Children, 2019, pág. 38).
[39] En este mismo estudio, el 17% considera que el contenido es *a veces violento,* ciertamente más marcado en las mujeres (73,5%) que en los hombres (70,3%).
[40] Educación Sexual en OnlyFans. Véase aquí

forman parte de **la violencia de género que afecta a la salud reproductiva y sexual de las mujeres**.

En el informe de Violencia de Género y Salud Sexual (Ruffa & Chejter, 2010) se reflejan algunos diagnósticos médicos que delatan **la violencia de género durante la gestación**: Retraso en acudir a la consulta prenatal, sin razones obvias que lo justifiquen, historia previa de abortos y complicaciones durante el parto, Historia previa de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, amenazas de aborto espontáneo en el presente embarazo, embarazos no deseados o no aceptados, muchos embarazos, angustia ante la noticia de un nuevo embarazo, indicios de que un aborto no ha sido espontáneo ni producto de una caída, sino por golpes en el abdomen, lesiones genitales, anales, en los senos y/o abdomen, Infecciones ginecológicas repetidas. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2021, pág. 13).

Por otro lado, la creencia en el **mito del amor romántico** sustenta aún los argumentos que fomentan relaciones **personales desiguales y androcéntricas**. Este mito supone llegar a sostener que el compromiso y demostración del amor se interpreta con actos violentos y sufrimiento. Numerosas frases y refranes de la cultura popular adornan y avalan la cultura del amor romántico que, en el fondo, muestran formas de violencia sexual. Frases como *por amor todo vale o el amor duele* amparan la posibilidad de tener relaciones basadas en el concepto de sufrimiento. La etapa de adolescencia es considerada como la edad de inicio a la sexualidad, por ello **es esencial detectar** relaciones desiguales entre pares basadas en el control sexual. La extendida creencia en el mito del amor romántico interfiere y merma la salud sexual y reproductiva porque establece relaciones desiguales, marcadas con una falta de control y de toma de decisiones mediante la información.

La normalizada cultura de la violación.

La llamada **cultura de la violación** es una de las normalizaciones más generalizadas en la sociedad, según la red de Drogas y Género: *Este concepto hace referencia a la normalización y la aceptación de la violencia sexual hacia las mujeres y a todas las maneras con las cuales la sociedad culpabiliza a la víctima de su propia violación. La cultura de la violación se manifiesta de varias maneras y algunas de ellas son las siguientes: se culpa a la víctima de la agresión sexual por su forma de vestir, su actitud, el consumo de tóxicos* (Fundación Salud y Comunidad, 2017). La cultura de la violación es un hilo conductor a nivel social que contribuye a **la violencia de género de manera estructural en la sociedad**. El consumo de pornografía o material en redes sociales, es considerado una catapulta de violencia hacia las mujeres. Según el Instituto de las Mujeres (2022), el 46,2% de las mujeres jóvenes consumen pornografía menos de una vez cada tres meses. Según el informe de Save The Children denominado *Informe Desinformación sexual: pornografia y adolescencia* (2019) el 54,9% de los/as jóvenes que ven pornografía quieren les gustaría ponerlo en práctica.

La cosificación de la mujer es uno de los elementos que alimentan la violencia de género, entre ellas **las violencias sexuales**. El consumo de productos audiovisuales pornográficos promociona que la imagen de la mujer se cosifique como un objeto de satisfacción masculina, basado en elementos anteriormente comentados: dominación, genitalidad y penetración y, en contraposición, mujeres con un posicionamiento pasivo e instrumental. Según una encuesta realizada por la Universidad Carlos III, sobre la preocupación tanto de las familias como del profesorado actual como el futuro, arrojó datos importantes sobre la preocupación de contenidos sexuales. Ante la afirmación, *me resultaría preocupante que mis alumnos/as consumiesen contenidos sexuales de forma habitual,* estarían completamente de acuerdo, el 60,21 de las familias, al profesorado el 47,34% estaría preocupado mientras que el futuro profesorado, estarían completamente de acuerdo, el 32,9%[41].

Esta idea de pasividad e instrumentalización conlleva la imagen de **falta de control en la toma de decisiones** y, en definitiva, en **su sexualidad y salud sexual**. Algunos datos alarma sobre la situación de la salud reproductiva y sexual de las mujeres en el mundo. Según UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), en el mundo a lo largo de 2022, se han dado:

- 13,3 millones de embarazos no planeados evitados*
- 3,7 millones de abortos en condiciones de riesgo evitados*

En la actualidad algunas de las anteriores concepciones sobre la sexualidad humana ya no presentan tanto peso como antaño, especialmente por la relajación de la moral social y el control social. Según una investigación elaborada por el Instituto de las Mujeres (2022) se destacaban varios puntos en torno a la sexualidad, los ritos de paso y anclados en una visión androcéntrica entre las mujeres jóvenes españolas.

- El 40,6% se posicionaba muy de desacuerdo con la afirmación: *para tener relaciones sexuales hay que estar enamorada.*
- Entre el 36,9% se encuentra muy acuerdo, y un 40,6% bastante de acuerdo con la afirmación *a las mujeres se nos trata con frecuencia como un objeto sexual.*

Sin embargo, acerca del **control sobre la sexualidad de las mujeres** jóvenes se pueden observar todavía algunas prácticas que denotan una falta de autocontrol. Entre los motivos de no usar protección, un 33,9% afirma que no disponía, el 53% lo justifica con conocer y confiar en la pareja(s), y un 12,3% afirma que no usa medidas de protección *porque su pareja prefiere no usarlo*. Es muy importante destacar que las consecuencias de **invisibilidad la salud sexual y reproductiva son varias**, pero la principal de las consecuencias en la salud general de las mujeres es el aumento de los riesgos sanitarios y exponiendo a un mayor riesgo y vulnerabilidad.

[41] En esta investigación se destacan varias preguntas en la encuesta sobre el uso de la pornografía por ejemplo hasta que grado se está de acuerdo en situar a la pornografía como sustituto para personas que no tienen vida sexual, si el uso de la pornografía debería de estar al mismo nivel que el arte, música, la literatura. Menores y Contenidos sexuales en internet (2018). Véase aquí

Indicadores estadísticos de salud sexual y reproductiva en España.

Los indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva en España muestran cierta falta de conocimientos en salud sexual y carencia en conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, cierto desconocimiento sobre la transmisión de enfermedades o infecciones de trasmisión sexual y escasa formaciones preventivas en determinadas edades tempranas.

Barreras de asistencia sanitaria.

En los siguientes apartados de abordará los indicadores que acompañan a las realidades de las mujeres entorno a las dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria, como puede ser las condiciones socioeconómicas, los niveles educativos o las dificultades de acceso por motivos de movilidad o transporte.

Dificultades con el transporte y la clase social, niveles de educación e ingresos.

Las mujeres presentan mayores niveles de demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses, en comparación con los hombres, solo el 1,70% de ellas frente al 1,08 de ellos (INE, 2017).

- Si esto lo analizamos por clases sociales, las cifras presentan una tendencia, si comparamos **ambos géneros en la misma clase social**, son las mujeres las que presentan mayores dificultades en la asistencia médica por dificultades con el transporte **especialmente aquellas que se sitúan en clases sociales más bajas**[42].
- Las dificultades en la asistencia médica por transporte o por la distancia, es llamativo en los **niveles de educación más bajos** (el 0,91 de las personas con estudios superiores y el 1,69% de las de niveles de bajos de educación). En el caso de las mujeres, la tendencia es ligeramente mayor en las mujeres de clase más baja que en la clase alta, el 2,05 % y 0,99% respectivamente.
- Los niveles de ingresos altos aglutinan a las personas que presentan menos dificultades para acceder a la asistencia sanitaria por problema de transporte o distancia. En el caso de las mujeres, la tendencia **es más llamativa en las mujeres con menores niveles de renta** que con mayores niveles de renta.

Las listas de espera, género, niveles educativos y de ingresos.

[42] Véase en el Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar. Población de 15 y más años. INE. Encuesta de Salud 2017.

Las listas de espera son consideradas como consecuencia de demora en la asistencia de manera diferente a las personas según sus **niveles educativos y género**.

- El 16,23% de las personas con niveles bajo afirman esta inaccesibilidad, mientras que las personas con niveles altos de educación solo afirman tener este problema el 13,79%. En el caso de los niveles de estudios entre las mujeres y los hombres se presentan diferencias en la demora excesiva o inaccesibilidad de la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses.
- Las **mujeres con niveles educativos** intermedios afirman sufrir en mayor medida las demoras **las listas de espera** que las mujeres con niveles inferiores o superiores. En el caso de los hombres, son los de clase más baja los que consideran que son más afectados que los de clase alta, por las demoras de las listas de espera.
- En el caso **de los niveles de ingresos**, también es llamativo que las mujeres presenten una tendencia mayor a ver dificultosa la asistencia sanitaria en la medida que sus ingresos disminuyen [43].

Datos de asistencia a programas de prevención específicos para la salud de la mujer.

Algunos datos sobre el alcance de los programas de prevención de enfermedades específicas de las mujeres **presentan problemáticas de cobertura** a determinadas poblaciones. Los siguientes datos se concentra en los destacados programas **de cribado de cáncer de cérvix y los programas de cáncer de mama.**

Las citologías son imprescindibles para la prevención de cánceres específicos de las mujeres. El Programa de cribado de cáncer de cérvix del Ministerio de Sanidad, tiene como **objetivo la detección precoz** del papiloma humano (VPH) que lleva realizándose más de 50 años. La población objetivo son las mujeres entre 25 y 65 años (Ministerio de Sanidad). Según la **Encuesta Nacional de Salud de España,** la cobertura de este programa es del 80,7%, *si se considera la realización de una citología vaginal en los últimos cinco años (y del 73,5% si la citología se ha realizado en los últimos tres años).* Como muestran las estadísticas, las poblaciones con menor cobertura **son las mujeres más jóvenes y las de franjas de edades más avanzadas**[44]**.**

[43] Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar. Encuesta de Salud (2017). INE.
[44] Véase en el tiempo transcurrido desde la última citología según grupos de edad. 2020 (% mujeres de 15 y más años) Encuesta de Salud (2017).INE

- La realización de citologías se según la clase social presenta **una tendencia de menor alcance** en las mujeres con menor clase social[45]. Entre las mujeres que ocupan las posiciones de trabajadoras cualificadas del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as o trabajadoras no cualificados/as (INE, 2017).
- Los niveles de educación y la asistencia a citologías muestran una tendencia inversa, a **menor nivel educativo menos asistencia a las citologías**. El 34,70% de las mujeres de niveles educativos básicos o inferiores nunca le han realizado una citología, mientras que en las mujeres con niveles superiores solo son el 10%. El 77,47% de las mujeres con niveles altos de educación han asistido en menos de 3 años, mientras que las mujeres con niveles más bajos de educación, solo el 41,12 % han sido las que las han hecho una citología.

Los **motivos de asistencia de la última citología** la gran mayoría es por un *Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema* (65,59%) o *porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba* (13,76%). Las principales diferencias entre motivos se encuentran entre las clases más altas los motivos por síntomas o enfermedades, que reflejan una clara distancia con las clases más bajas.

Según la Encuesta Europea de Salud en España, en 2020, el 5,7% de las mujeres entre 50 y 69 años afirmaban que nunca le habían hecho una mamográfica, y el 7% hace 3 años o más.

Realización de mamografía en el periodo recomendado. 2020

Periodo de asistencia	(% mujeres de 50 a 69 años)
En los últimos 2 años	73,8
Hace más de 2 años, pero menos de 3 años	13,5
Hace 3 años o más	7,0
Nunca le han hecho una mamografía	5,7

Elaboración propia. Encuesta Europea de Salud en España. INE.

Entre las mujeres de 50 a 69 años no se presenta diferencia entre las clases sociales no hay una diferencia en la realización de las mamografías dentro del periodo recomendado para el cribado de cáncer[46].

Infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

En España en los últimos años ha habido una mayor propagación de enfermedades de transmisión sexual, según señala el Ministerio de Sanidad, es especialmente llamativo tras la pandemia del COVID-19: debido al confinamiento, así como a la sobrecarga de los servicios

[45] Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal según clase social. Mujeres de 15 y más años. Encuesta de Salud (2017). I NE

[46] Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Mujeres de 50 a 69 años. Encuesta de Salud 2017. INE. Véase aquí.

sanitarios y de salud pública. Este informe señala que hay mucha más prevalencia en hombres que en mujeres en todas las ITS, a excepción de clamidia (C. trachomatis), donde se estada especialmente el grupo de edad desde los 19 hasta los 24 años (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2021, pág. 25).

Acceso a avances científicos: Falta de cobertura de la PREP y la PEP

La falta de salud sexual y reproductiva, puede ser causa del alcance a avances científicos en materia de anticoncepción, prevención de ETS e ITS.

El avance científico en tratamiento para el VIH ha incrementado su velocidad en estos últimos años. La PEP, sus siglas corresponden a la profilaxis postexposición, es un medicamento usado *después de una posible exposición al VIH para prevenir contraerlo. La PEP debe usarse solamente en situaciones de emergencia y comenzarse dentro de las 72 horas de una posible exposición al VIH.* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2021). Por otro lado, se encuentra la PREP (profilaxis preexposición) la PrEP es una estrategia de prevención del VIH que consiste en que personas VIH-negativas utilicen medicamentos antirretrovirales para reducir su riesgo de infectarse.

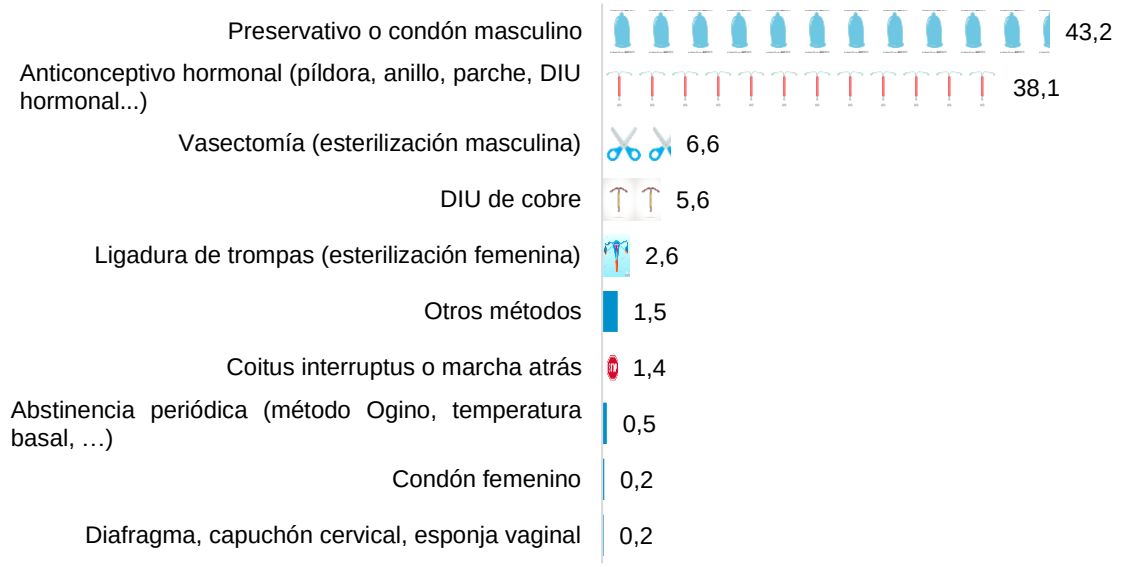
El **uso de medicamentos preventivos en la trasmisión del VIH el PREP** (Profilaxis Pre-exposición al VIH), según el Ministerio de Sanidad: *La PEP forma parte del paquete de medidas farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a la prevención del VIH denominada estrategia de prevención combinada.* (Ministerio de Sanidad, 2023, pág. 4) Se considera un gran avance en la medicina preventiva. Entre las recomendaciones del informe, se consideran que a **la coordinación entre las entidades** que proporcionan la Prep es básico para una respuesta a las necesidades particulares de los usuarios/as (Ministerio de Sanidad, 2023, pág. 15).

En relación de las infecciones y problemas de salud sexual y reproductivas la mortalidad materna es una cuestión que a día de hoy sigue mostrando **datos muy relacionados con la exclusión social**. Según la OMS cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (OMS, 2023). Para la reducción de la mortalidad materna recomienda mejorar las condiciones y asistencia de personal cualificado durante los embarazos y el parto: *salud materna y la neonatal están estrechamente vinculadas. Es especialmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de la salud cualificados, ya que la atención y el tratamiento oportunos pueden, tanto en el caso de la mujer como en el del recién nacido, decantar la balanza del lado de la vida* (OMS, 2023). Lo señala este organismo, es que a la importancia en la diferencia de la mortalidad entre las zonas más pobres de países de ingreso altos. La asistencia no es adecuada en África Subsahariana y Asia meridional y en *los países de ingresos altos y medianos altos, en aproximadamente el 99% de todos los nacimientos interviene personal médico.*

Tipos de anticonceptivos, usos y tendencias actuales.

Según la Encuesta de Fecundidad (INE, 2018) con datos de afirman que un 55% de las mujeres afirman usar algún anticonceptivo, mientras que un 44,5% afirman no usar ninguno. Entre los principales métodos anticonceptivos se encuentran en primer lugar los preservativos masculinos y el anticonceptivo hormonal. En la Encuesta se pregunta por otros métodos anticonceptivos que no aparecen con significancia estadística (0,0%), son, por ejemplo, la píldora de emergencia (píldora de día después), espermicidas o lavados vaginales.

Metodos anticonceptivos usados.



Encuesta de Fecundidad (INE, 2018).

En la Encuesta sobre Conducta de Adolescentes entre 2008-2020 (Ministerio de Sanidad, 2020) revela que el uso de la píldora anticonceptiva era susceptible a una mayor prevalencia entre la clase baja en especial entre 2014, mientras que en la clase más alta este uso no era relevante (Ministerio de Sanidad, 2020, pág. 143).

Uso del preservativo y abandono del uso.

El **abandono del uso del preservativo se equiparaba en el avance de la edad.** En 2003 el uso de preservativos mayor era mayor entre los/as jóvenes que entre las personas de más edad (INE, 2003). El uso entre los/as jóvenes se presentaba entre ambos sexos por igual. Los hombres tendían o no usarlo en mayor medida entre los 30-39, sin embargo, las mujeres, tendían a no usar en menor medida entre los 40 y 49 años. Es más común no usarlo entre las edades de 40 a 49 años a niveles general [47]. La Encuesta sobre las Conductas Sexuales de los escolares desde 2002-2018 en España, revela que han aumentado el número de adolescentes que han

[47] Personas de 18 a 49 que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida por sexo, grupo de edad, estudios y uso de preservativo en la última relación sexual. Encuesta de salud y hábitos sexuales. (INE,2003)

tenido relaciones coitales (Ministerio de Sanidad, 2020, pág. 115), especialmente los de edades más mayores (16-17años) y que el uso del preservativo ha disminuido de 2002 a 2020(Ministerio de Sanidad, 2020), pasando de un 83,8 a un 75,4%.

Entre los **motivos de no usar preservativo**, se encuentran algunas casuísticas derivadas de la falta de educación sexual, mitos y tabús y sobre todo derivadas del amor románticos. Tienen mayor peso **entre las mujeres** que *no se use el preservativo si no otro método anticonceptivo* (32,7%), seguido de la *falta o no disposición de preservativo en ese momento* (25,5%). **En los hombres** la primera justificación de uso *es la falta o disposición de preservativo* (32,39%) seguido de la *falta de comunicación antes de tener relaciones sexuales* (23,1%) y *conocía lo suficiente a esta persona* (22,9%). Entre los motivos donde se destaca **una mayor distancia porcentual**:

- Son mayores las justificaciones en las mujeres que en los hombres el *utilizamos otro método anticonceptivo* principalmente (33,7% y 16,1% respectivamente), del mismo modo que *sin preservativo se siente más*, (8,9% y el 3,4% respectivamente).
- Son en mayor medida justificadas en los hombres que en las mujeres la razón del enamoramiento (*estaba muy enamorado/a*) para no usar preservativo (el 15,1% y 4,7% respectivamente), al igual que *no disponíamos de preservativos en aquel momento* (32,4% y 25,5%).

Motivo para no usar de preservativo.



Fuente: Encuesta de salud y hábitos sexuales. Año 2003

Entre los motivos que se **aprecian escasa distancia entre mujeres y hombres**, en que *conocer lo suficiente a una persona es motivo de no uso*, (el 24,0% y el 22,9% respectivamente). La consideración de no uso de preservativo porque *se practica únicamente sexo oral*[48] (7,3% y 9,2% respectivamente). Parece que el sexo oral se tiende a considera que es más seguro a nivel general, sin embargo, esta consideración implica cierto desconocimiento o percepción del riesgo sobre su importancia en la trasmisión de enfermedades por vía oral, como puede ser, clamidia, herpes, gonorrea oral, VPH (visura del papiloma humano), sífilis, hepatitis A o B, entre otras [49].

[49] El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades informa mediante el articulo'' Los riesgos de las ETS y las relaciones sexuales orales. Hoja informativa de los CDC'' los tipos de enfermedades de trasmisión sexual al practicar sexo oral, así como los tipos de transferencia durante las prácticas. zonas afectadas. Véase aquí.

Determinantes de la salud: sociales, económicos, institucionales e individuales.

La investigación en salud con perspectiva sociológica comenzó a ser más latente en 1970. Algunos autores como Whitehead, Margaret y Dahlgren Göran impulsaron la creación de modelos dimensionales que ejemplificaban las capas de los diferentes determinantes sociales. En su artículo ‘’*Policies and strategies to promote social equity in health* (Dahlgren & Whitehead, 1991) ofrecían luz sobre otros diferentes determinantes de la salud realizando distinción de la influencia entre los diferentes niveles sociales. En el siguiente dibujo aparecen los niveles sociales según el control, influencia y dependencia de los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud[50]



Policies and strategies to promote social equity in health
(Dahlgren & Whitehead, 1991)[51]

Acceso sanitario y cobertura universal.

Como se ha expuesto, los determinantes sociales de la salud tienen que ver con el género, llegando a aumentar las tasas de exposición y vulnerabilidad (OMS, 2018). La OMS considera

[50] En 1983 en Cataluña profesionales del ámbito de la salud crean el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) teniendo presente determinantes sociales de la salud (véase aquí la declaración fundacional). Siendo conscientes del impacto de la estratificación social, las condiciones de vida y de trabajo en la salud de las personas, gran parte de su trabajo era reflexiona e investigar. Esta labor de generar conocimiento está recogido y recopilado desde 1984 en los llamado cuadernos CAPS (véase aquí). No sería hasta 1989 cuando se abordaría de manera exclusiva la salud sexual y reproductiva de la mujer, en el cuaderno N º 13 denominado Acogida de la demanda de aborto. En estos cuadernos entre los factores de riesgo del aborto son señaladas las condiciones socioeconómicas bajas. (Cuaderno Nº3.Véase aquí).

[51] Imagen recogida del articulo *‘’¿Enfermamos todos igual? Los determinantes de salud’’*. Véase aquí.

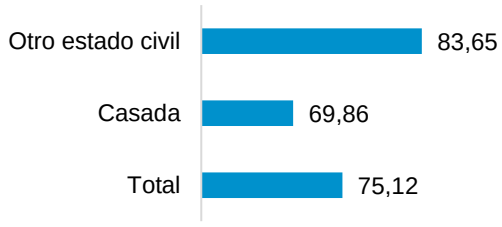
que **perspectiva interseccional** amplía todos esos determinantes de la salud que están relacionados con el género, haciéndose preguntas relacionadas con cómo afectan los sistemas de poder a nivel individual. Es clave tener presente cuestiones como la clase social, la edad, la etnia en este estudio puesto que, como señala la OMS, están en relación con los determinantes de la salud sexual.

El énfasis en mejorar los indicadores en algunos de los determinantes de la salud forma parte de los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Entre algunos de estos objetivos se encuentran relacionados con la salud sexual y reproductiva.

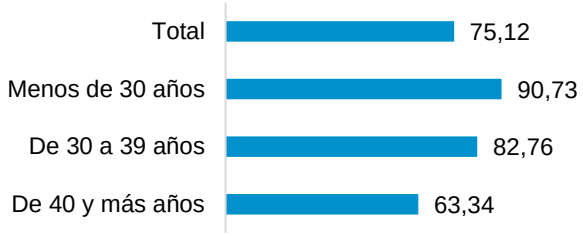
Según la ONU, **la cobertura universal** se define *todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello. Es un concepto que abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida.* (OMS, 2023). Según la OMS, el avance en el ritmo de esta cobertura universal no es suficiente para poder alcanzar la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), llegándose a considerar que hay un cierto estancamiento. El **acceso sanitario y la cobertura sanitaria** son determinantes clave en la salud sexual y reproductiva. Entre los indicadores de **la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible el Instituto Nacional de Estadística** destaca 3 metas importantes relacionadas con el acceso a la salud sexual y reproductiva tomando de base determinados indicadores.

- Meta 3.7. *De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales*

Proporción de mujeres, entre 18 y 49 años, casadas con un hombre o con pareja masculina, que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos por comunidad autónoma y estado civil y grupo de edad



Encuesta de fecundidad (INE, 2018)



Encuesta de fecundidad (INE, 2018)

Las mujeres cubren sus necesidades al 75%, indiferentemente de su estado civil, las mujeres que afirman estar en otros estados civil afirman tener tienen cubiertas más las necesidades que las que se están casadas. Además, las mujeres a partir de los 40 años afirman **no tener cubiertas las necesidades de planificación familiar con métodos modernos**. A colación de

esto, en 1994, durante la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se focalizaron en las dificultades de **acceso a la salud reproductiva por varias causas**, como la falta de conocimiento sobre sexualidad, servicios insuficientes, prácticas sexuales de alto riesgo, así como actitudes negativas hacia mujeres y niñas. Entre las causas es necesario destacar **el *limitado poder de decisión de las mujeres con respecto a su vida sexual y reproductiva***. Esta es especialmente importante porque manifiesta el **poder y el control sobre los cuerpos de las mujeres.**

Determinantes sociales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en exclusión social.

En las siguientes páginas se expone sintéticamente datos estadísticos sobre os determinantes sociales y económicas de los perfiles. Ha sido necesario consultar fuentes estadísticas e informes institucionales de cada uno de los perfiles para recopilar la totalidad de los perfiles a estudiar. Sin embargo, la diversidad de cada perfil de mujeres en riesgo ha supuesto un trabajo de selección para elaborar la recopilación de los determinantes sociales teniendo que adaptar los determinantes básicos y adaptarlos. La pregunta clave en la siguiente recopilación es *¿Qué elementos institucionales, sociales y biológicos han determinado las condiciones de salud de las mujeres en riesgo de exclusión social?*. Esta respuesta se realiza mediante el análisis de manera específica en cada uno de los determinantes institucionales, sociales y biológicos que impactan en la salud sexual y reproductiva. Solo ha sido posible esta recopilación en la medida que nos permitan la bibliografía disponible y las fuentes estadísticas accesibles.

- Acceso a la educación y niveles educativos.
- Nivel de ingresos
- Edad, tiempos y los ciclos biológicos de la mujer.
- Estado de gestación y edad de los hijos/a.
- Proyecto migratorio como determinante de la salud.
- Red de apoyo: apoyo real y el percibido.
- Duración y tipos de violencia de género.
- Tiempos de consumo y recaídas como variable relacional clave.
- Tiempos de estancia en instituciones o sin alojamiento propio.

En el caso de las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social es necesario hacer una adaptación a los clásicos indicadores expuestos anteriormente. Si bien la edad, o el nivel de estudios se presentan como relevantes y determinan las condiciones de vida, es imprescindible hacer **un ejercicio de reflexión** y plantear preguntas **vinculadas al impacto de estos indicadores a su estado de salud**, por ejemplo, a la edad o el trascurso del tiempo:

- *¿Se sitúa la edad como determinante de la salud de la misma manera en los perfiles a estudiar? ¿Es la edad un determinante menos importante en algunos perfiles?*
- *¿Qué impacto tienen el paso del tiempo, y no tanto la edad en la vida de estas mujeres en riesgo o en exclusión social? ¿Qué relación tienen el tiempo de pernocta con la edad de las mujeres sin hogar? ¿y con el tiempo de condena?¿Y con los tiempos de consumo?*
- *¿Tienen relación los niveles educativos y los niveles de ingresos como determinantes en la salud de las mujeres en riesgo de exclusión? ¿Cuáles son los factores residenciales que impactan en la salud?*

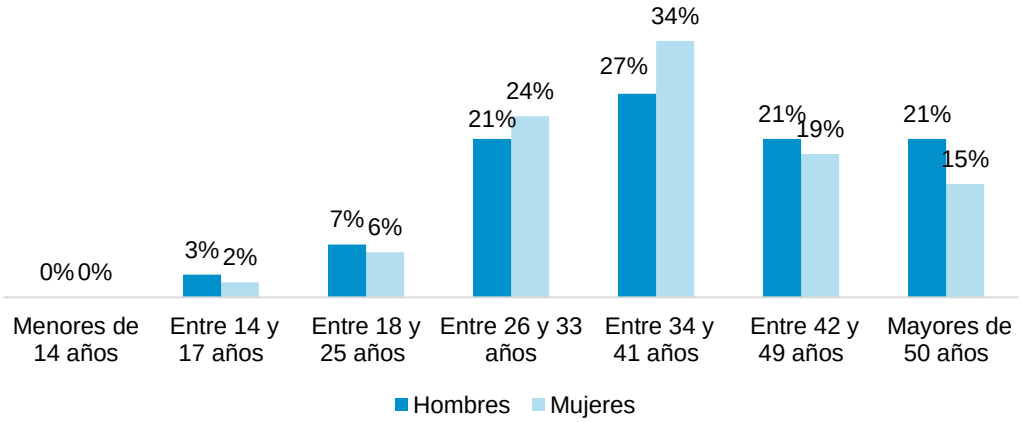
Edad, tiempos y ciclos biológicos de la mujer.

En el caso de la edad de las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social, puede ser una característica muy relevante que vincula estrechamente su salud sexual y reproductiva, puesto que los **ciclos biológicos de la mujer están vinculados irremediablemente con la edad.**

- Las principales edades de las **mujeres con trastornos de adicciones** son entre los 34 y 41 años (34%) similar a la concentración de los hombres (27%). Según este informe, las edades donde se empezaron el consumo los hombres son más dispersas que las de las de las mujeres, que se concentran en una franja más concentrada
  - Los hombres comenzaron sus consumos principalmente entre 18 y 25 años (39%), seguido de edades más tempranas entre 14-17 años (30%) y antes de 14 años (12%).
  - La mitad de las mujeres comenzaron a consumir entre los 18 y 25 años (56%), seguido de las edades entre 14 y 17 años (26%) (UNAD, 2022, pág. 20)

Los recursos a **los que asisten las personas con trastornos de adicciones también es un elemento vinculado a la edad**; los hombres más jóvenes suelen ser atendidos en centros ambulatorio, mientras que en edades entre 34 y 41 suelen ser atendido en centros de día. Las mujeres jóvenes que suelen estar en centros de día, mientras que entre 42 a 50 años acuden más a centros ambulativos (UNAD, 2022, pág. 12)

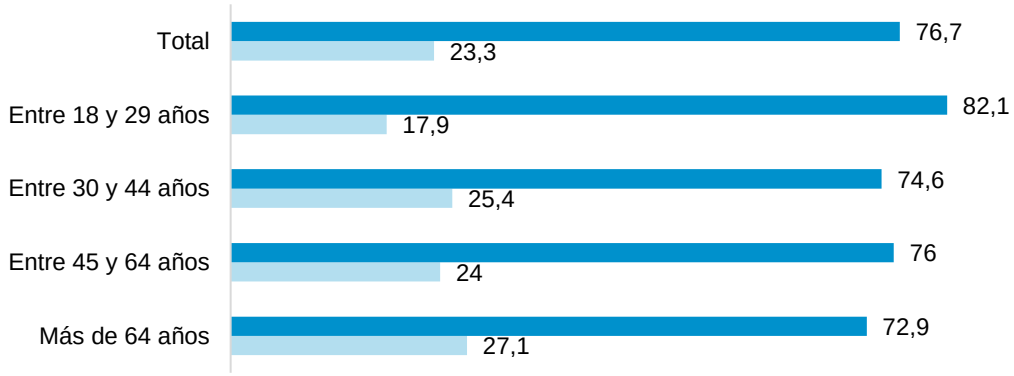
Edad de las personas atendidas por UNAD



Fuente: Informe de las adicciones 2022

- Según la Encuesta de Personas Sin Hogar (INE, 2022) presenta que la mitad de las personas sin hogar se encuentran por debajo de los 54 años, destacando que la media de edad es de 52,9% [52].

Personas sin hogar según sexo por edad (2022)



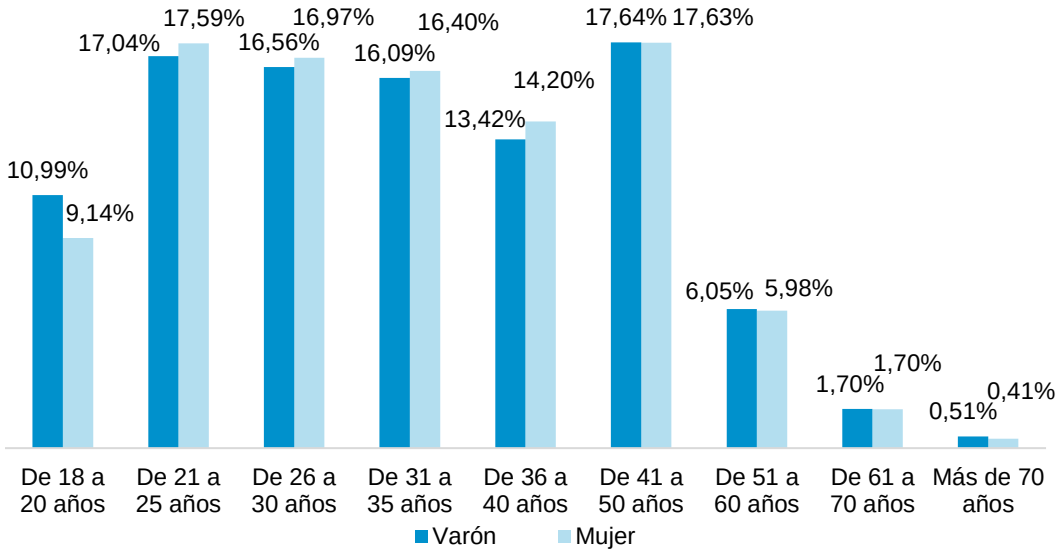
Fuente: Encuesta sobre las personas sin hogar 2022 (INE)

En términos generales hay menos mujeres, en especial en las edades más jóvenes, de 18 a 29 años. La única franja donde las mujeres destacan ligeramente en edades más altas, más de 64 años (27%), seguido entre 30 y 44 años (25,4%). Los hombres son mayoritarios en las edades entre 18 y 29 años.[53]

[52] Nota de prensa-Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022. I.N.E (19 de octubre de 2022)
[53] La edad de las personas sin hogar cada vez es más baja, según afirma FACIAM, el perfil de las personas sin hogar cada vez se esta haciendo más joven y con más mujeres. Según ellos el 30% de las atenciones es a personas jóvenes. Las Caras Del Sinhogarismo: Cada vez hay más jóvenes y más mujeres, y crecen los problemas de salud mental. FACIAM (27 de octubre de 2022)

- Las edades **de las mujeres privadas de libertad no tienen gran diferencia con los hombres**. Las mujeres no destacan en ninguna edad, pero si en diferencia los hombres, en concreto entre los 18 a 20 años. Las mujeres comprenden entre dos tramos de edad principalmente entre 41 a 50 años y de 21 a 35 años.

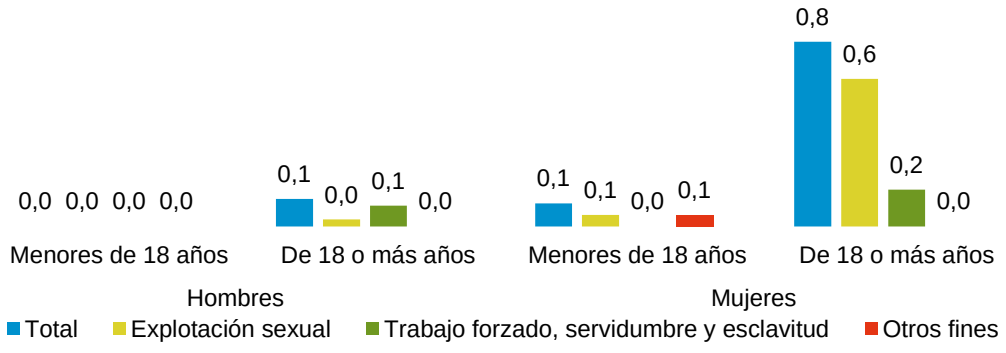
Franjas de edad de las personas privadas de libertad



Elaboración propia. Fuente: Explotación del INE del Registro Central de Penados

- Los perfiles de las **víctimas con fines de explotación sexual**, están altamente feminizados. Según el Ministerio del Interior, las personas supervivientes con fines de explotación sexual entre 2017 y 2021 en un 98% eran niñas y mujeres. Las edades que presentan estos perfiles son entre los 33 y 37 años. Además, entre los tipos de trata, la explotación sexual es la más numerosa, seguido de la trata con fines de explotación laboral.

Número de víctimas de la trata de personas, desglosado por sexo, edad y tipo de explotación 2021



Fuente INE. Datos del Ministerio del Interior

Según apuntan los datos las edades han sufrido un descenso. Las nacionalidades que se mantienen son colombiana, española y rumana. Como fenómeno endógeno, la victimas que pasan a ser tratantes son cada vez más y **las mujeres tratantes por primera vez en 2021 han sido superiores a los hombres tratantes**. El perfil de las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual es importante en la presente investigación puesto que las condiciones de vida han impactado de manera directa en el empeoramiento de la salud sexual y reproductiva. La trata de personas es definida por la ONU en el Tratado de Palermo como *la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.* (ONU, 2000, pág. 34).

Empleo, nivel de ingresos y fuente de ingresos.

El grado de institucionalización, así como la formación, capacidades y habilidades impactan directamente en la salud sexual de las mujeres. Hay que tener en cuenta los factores que afectan a las mujeres en riesgo de exclusión social en concreto **los contextos institucionales** el acceso a un empleo es limitado y condicionado por la propia institución. Además, la capacidad económica es una de los principales elementos que constituyen el acceso a materiales de higiene menstrual y materna.

- Según el informe de UNAD *Perfil de las adicciones* (2022) la **situación laboral de las personas con adicciones es principalmente desempleo,** tanto en los hombres como las mujeres, 52% y 46% respectivamente, seguido de las que afirman estar trabajando, siendo más significativo en las mujeres que en los hombres, 25% y 19% respectivamente. Entre la tercera situación laboral más numerosa, se encuentran los pensionistas, siendo un 8% de las mujeres y un 6% de los hombres (2022, pág. 14).
- El **45% de las mujeres privadas de libertad se encuentran trabajando**, a diferencia a 56,1% de los hombres, según el Plan Nacional sobre Drogas (2022). El 15,4% de ellas afirman estar en paro y buscando empleo, mientras el 16,7% de hombres. El 39,5% de las mujeres afirman estar no activas [54].

  La inserción en el mercado laboral desde los centros penitenciarios es realizada mediante los centros de la Entidad Estatal Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, entre los centros más vinculados son los CIS (Centros de Inserción Social), las

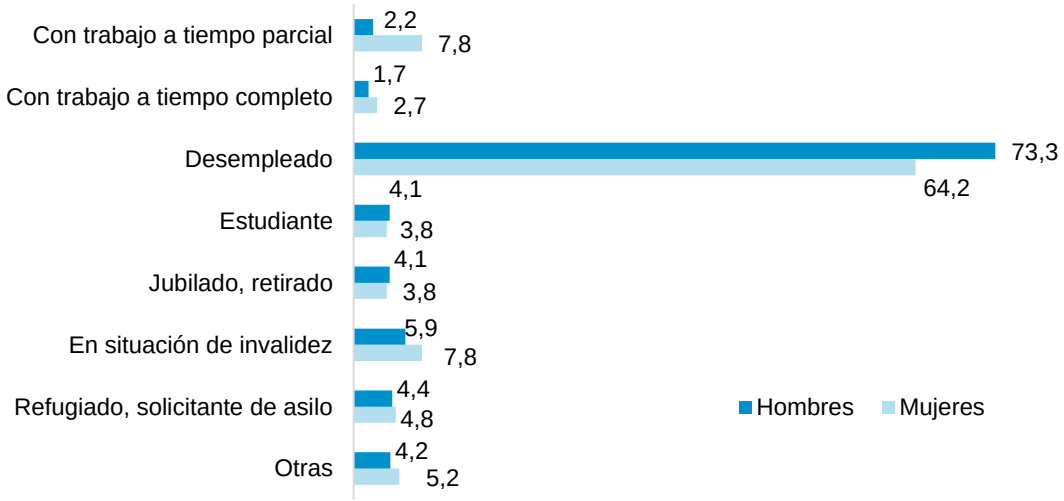
[54] Entre las que se encuentran las categorías: En prisión desde hace un año, parado sin buscar trabajo, estudiante, jubilado, dedicado a las tareas del hogar sin buscar trabajo.

Secciones Abiertas o Unidades Dependientes, además dentro del propio centro también es posible trabajar[55]. En la actualidad Según, el informe de 2021, los programas que se focalizan en la inserción laboral son 326 (Ministerio del Interior, 2022, pág. 121).

Uno de los aspectos más relevantes de los perfiles de las **mujeres privadas de libertad**, son que los precios del economato también son susceptibles también a los cambios de la inflación, por ello mientras sus ingresos son posiblemente muy bajos, la adquisición de los productos se torna más difícil[56]. Según afirman la web de funcionarios de prisión: *Los precios de los productos son más baratos que en el exterior de la cárcel. Aun así, la inflación también se ha notado en los economatos de las prisiones, donde han subido los precios casi un 30%* (Funcionario de prisiones, s.f.).

- Las **personas sin hogar afirman la gran mayoría encontrarse en situación de desempleo**, tanto hombres como mujeres, 73,3% y 64,2% respectivamente. Sin embargo, en situación **con trabajo temporal**, es más incipiente en las mujeres que en los hombres, 7,8% y un 2,2% en los hombres. El y 5,9 % de las mujeres se encuentra en **situación de invalidez** y el 7,9% los hombres. La situación de invalidez se relaciona de manera bastante fuerte, con una de la principal razón para *no buscar empleo,* el 52,5% es por motivos de salud[57], siendo mayor en las mujeres que en los hombres, 44,3% y 42,0% respectivamente.

Personas sin hogar según situación laboral en la última semana por sexo



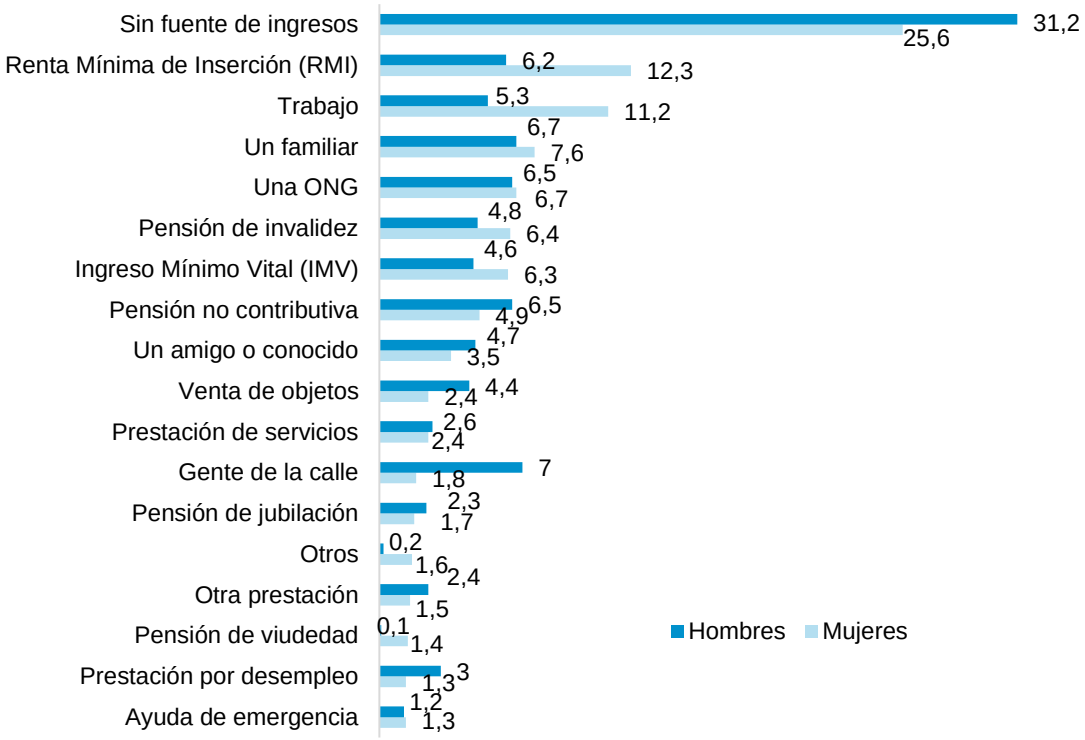
Fuente: Encuesta a las personas sin hogar 2022.

Si analizamos las principales fuentes de ingresos este indicador es donde mayores diferencias se encuentra entre género. La principal fuente de ingresos de las mujeres sin hogar son las Rentas Mínimas de Inserción (12,3%), mientras que los hombres es

[55] En el capítulo IV del Régimen Penitenciario se recoge la *Relación laboral especial penitenciaria* (BOE, 1996)
[56] Además, al no poder acceder a dinero efectivo, solo se puede tener dinero en una tarjeta llamada peculio con un máximo de 100€ para evitar el tráfico dentro de la propia prisión (Canal Extremadura, 2022)
[57] Personas sin hogar en desempleo que no buscan empleo según razones por las que no busca empleo por sexo. Encuesta sobre las personas sin hogar (INE, 2022)

la gente de la calle (7%). Estos datos revelan que las mujeres **sin hogar tienen un acercamiento mayor a las instituciones y servicios de apoyo.**

Personas sin hogar según mayor fuente de ingresos por sexo.



Fuente: Encuesta a las personas sin hogar 2022.

- Según el Diagnostico: Las dificultades y necesidades en la atención a víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual en Bizkaia (Diputación Foral de Bizkaia, 2021), las **mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual presentan altos niveles de desempleo**, además la situación administrativa irregular no ayuda a acceso del mercado laboral. Si disponen de permiso de trabajo les cuesta encontrar empleos en sectores poco precarizados. Según este estudio, las dificultades de encontrar empleo **empeoraron con la pandemia**, puesto que a vinculación con los empleos más feminizados de cuidados, limpieza y hostelería se viendo muy restringidos (Diputación Foral de Bizkaia, 2021, pág. 23).

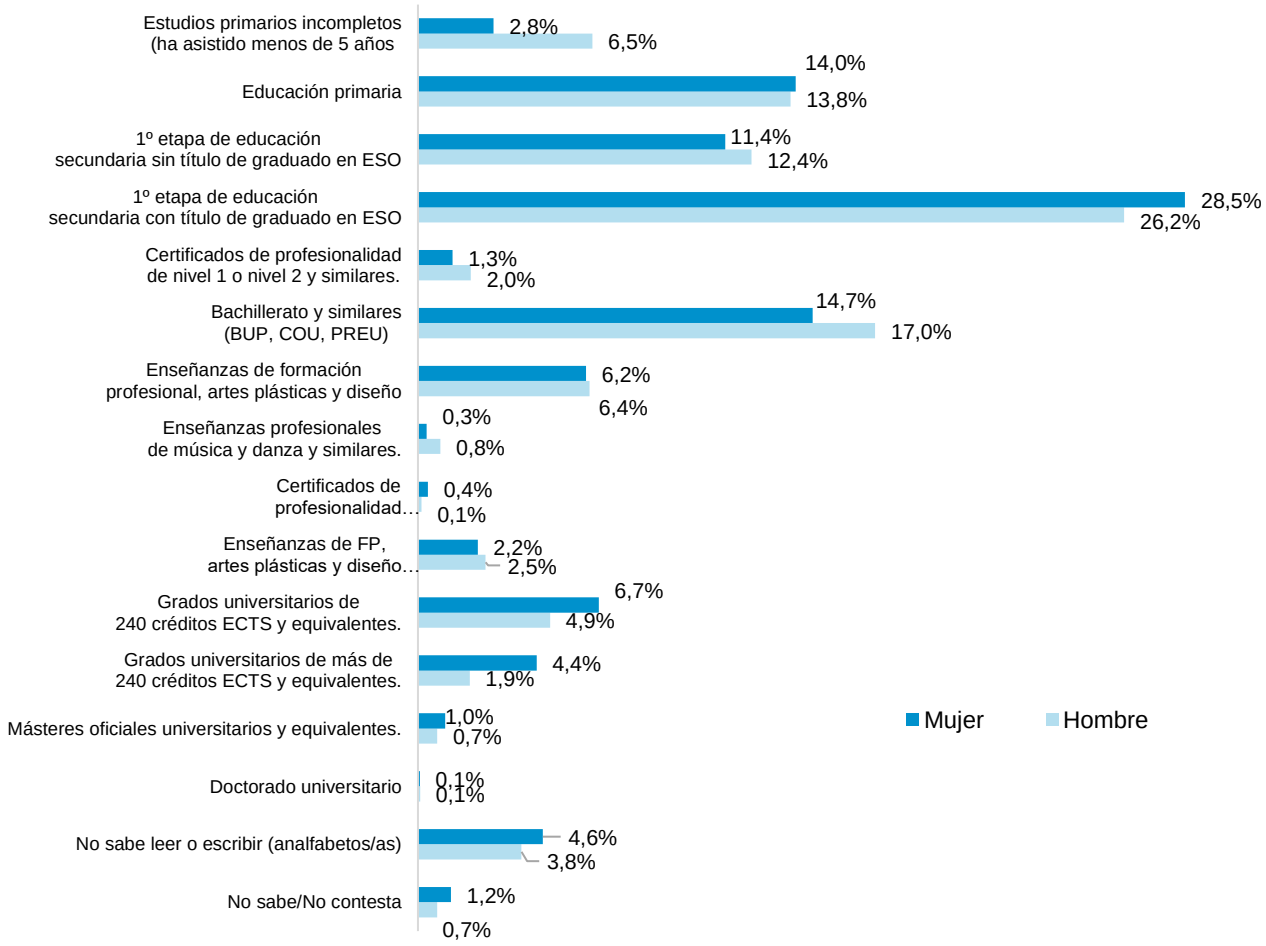
Acceso a la educación formal y niveles educativos.

- Las **mujeres con trastornos adictivos presentan niveles menores de educación** alcanzada que los hombres (Nelson-Zlupko, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Amaro y cols. 1999; Hser y cols. 2003 en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007). Según la UNAD (2022) señalaba que las mujeres atendidas tienen los siguientes niveles de estudios: sin estudios el 30%, educación primaria el 26%, el 24 educación secundaria obligatorio, el 9% había cursado

bachillerato y solo el 5% había cursado FP (grado medio y/o superior) o estudios universitarios. En comparación con los hombres, el 44% de ellos había cursado educación primaria, el 20% se encontraba sin estudios y el 18% había cursado educación secundaria obligatoria, solo el 7% había curso bachillerato, el 6% FP y el 4% estudios universitarios.

- La gran parte de las personas sin hogar tienen títulos de educación formal de niveles básico y secundarios. Concretamente en **la educación secundaria con certificados y títulos de bachillerato.** Las mujeres sin hogar presentan mayores niveles en no haber alcanzado el título de ESO y en un 17% haber alcanzado el bachillerato. En grados universitarios es más significativo en los hombres que en las mujeres sin hogar. En términos generales, el terminar los estudios, así como conseguir títulos es un poco más llamativo, el 65, % de las mujeres sin hogar no ha terminado sus estudios primarios (los hombres un 2,8%), el 12,4% no ha obtenido el título de 1º etapa de educación E.S.O.

Nivel de estudios de las personas sin hogar por género.



Fuente: Encuesta a las personas sin hogar 2022 [58].

[58] * Los certificados de profesionalidad de nivel 3 son oficios relacionados con Administración y gestión

- En el **caso de las mujeres supervivientes a la trata con fines de explotación sexual**, es importante destacar que las/los tratantes buscan un tipo de perfil el cual será vulnerable, en este caso que sea también de bajos niveles educativos. Como se recoge en el Informe *Apoyando a las víctimas de trata* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género: *Los tratantes tienden a reclutar a las personas más vulnerables. La gran mayoría son mujeres, jóvenes, desempleadas, con bajo nivel educativo, sin cualificación profesional, con problemas de salud mental o anteriormente victimizadas, que proceden de países con altos niveles de pobreza, desigualdades de género, corrupción política y policial, altas tasas de crímenes, de guerras o conflictos (Macy y Johns, 2011).* Como se puede comprobar los niveles bajos educativos son una característica de las mujeres supervivientes de la trata con fines de explotación sexual, siendo así el **propio informe apunta a una mejora de las necesidades educativas a largo plazo para poder lograr la independencia y la autonomía** (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015, pág. 66)

Estado de gestación y edad de los hijos/a y relaciones de apoyo de la familia.

Hay que tener en cuenta como puede determinar la salud factores transversales en el acceso a los servicios sanitarios primarios y especializados, en momentos como el embarazo, la edad de los hijos/as y redes de apoyo, en concreto la calidad relación de pareja y la familia.

- El **46% de las mujeres con adicciones no tienen hijos/as,** el 39% tienen un y el 15% tienen 2 o más hijos/as (UNAD, 2022). El 56% de los hombres afirman no tener hijos/as y el 28% afirman tener un 28% y el 14% afirman tener 2 o más hijos/as.
- En el **caso de las mujeres privadas de libertad** gestantes estas son trasladas a las unidades externas de madres[59] y posteriormente suelen estar en **módulos de mujeres con los hijos/as**. Según el informe de APDH – ANDALUCIA (2020) las mujeres: el 80% de las mujeres presas son madres. Según el Informe General 2021, había 62 hijos/as de las madres, de las cuales 55 están en Unidades de madres y solo 3 unidades independientes (Ministerio del Interior, 2022). Las edades de los hijos/as son hasta los 3 años máximo en los módulos de madres[60], esto requiere cuidados específicos que

Actividades físicas y deportivas, Agraria, Artes gráficas, Artes y artesanía, Comercio y marketing, Electricidad y electrónica, Energía y agua, Edificación y obra civil, Fabricación mecánica, Hostelería y turismo, Industrias extractivas, Informática y comunicaciones, Instalación y mantenimiento, Imagen personal, Industrias alimentarias, Madera, mueble y corcho, Marítimo pesquera, Química, Seguridad y medio ambiente, Textil, confección y piel, Transporte y mantenimiento de vehículos, Vidrio y cerámica. Fuente: Ecualifica

[59] La diferenciación entre las diferentes unidades de madres viene recogida en la web de Centro Penitenciarios donde se refleja el programa específico de Madres. Véase aquí.

[60] Hubo un cambio normativo en 1995 de Ley Orgánica 13/1995: en su redacción inicial, la LOGP, en el artículo 38.2, en que se pasó de 6 a 3 años los años permitidos de los niños/as en prisión ((Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2020, pág. 12)

deberían de ser cubiertos por la propia institución y por lo que señala Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, estos cuidados no se ofrecen ni la madres tras el parto ni a los/as niños/as: *En los módulos de madres muy a menudo no hay una preparación especial para que sea habitado por la infancia, aunque hay que considerar que si los niños y niñas permanecen con sus madres en la prisión, es necesario proporcionar la atención precisa, tanto prenatal como post-partum* (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2020, pág. 25).

- Según la Encuesta a las Personas sin Hogar (INE, 2022) **las mujeres sin hogar afirman tener hijos/as el 72,2%,** en contraste con el 41,3% de los hombres. El 35,0% de las mujeres afirman tener un/a hijos/a, el 31,7% de ellas afirman tener dos hijos/as, y el 19,5 % tener tres hijos/as. El 44,8% de los hombres afirman tener 1 hijo/as, el 26,3% afirman tener 3 hijos/as.
- Respecto a las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual no se han encontrado el número de hijos/as que tienen, sin embargo, lo que si se conoce es la violencia sexual puede llevar a embarazos forzosos. En el Protocolo de detección de víctimas de trata uno de los indicadores más relevantes es cuando acuden a Sistema Nacional de Salud en periodo de gestación: *El personal sanitario es también un agente clave en la detección temprana de posibles víctimas de trata al estar en contacto ellas, como expresa el apartado 7 del Protocolo Común del SNS, a través de su presencia en consultas a demanda y preventivas, por situaciones de embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas etc.* (Ministerio de Sanidad, 2017, pág. 17).

Proyecto migratorio como determinante de la salud.

Las condiciones de un viaje durante una migración permiten establecer algunos determinantes de la salud, puesto que el **trayecto o travesía** ha podido haber circunstancias violentas (como la violencia sexual), y que hayan visto afectada la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante los trayectos migratorios. Además, el **acceso a la documentación** puede limitar el acceso a la sanidad. Es clave entender que las travesías de las mujeres migrantes son en ocasiones atravesadas por múltiples violaciones de derechos humanos. Las consecuencias de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en los proyectos migratorios presentan en ocasiones consecuencias irreversibles. En el informe Manual de la OIM sobre Protección y Asistencia para Migrantes Vulnerables a la Violencia, Explotación y Abuso [61], se reconocen **algunos tipos de consecuencias** para la salud de las mujeres migrantes, en especial en la salud sexual y reproductiva, como puede ser: infecciones de transmisión sexual, embarazo, aborto inseguro, disfunciones sexuales, fístula vaginal y anal, cortes, quemaduras, huesos rotos y lesiones de tejidos blancos.

[61] IOM Handbook on Protection and Assistance to Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse (5 de diciembre de 2019). OIM Véase aquí.

- Según la Encuesta de Personas sin Hogar (INE, 2022), la mitad son españoles/as (51,1%) y la otra mitad son extranjeros/as (49,9%). Este dato puede variar dependiendo de la metodología y la recogida de los datos, en el caso de los recuentos nocturnos, FACIAM afirmaba en 2019 que este dato estaba en crecimiento, registrando el 61% de las personas como extranjeras Datos Destacados Del IX Recuento De Personas Sin Hogar – Madrid 2018 (FACIAM, 2018).
- En los perfiles de las **mujeres sin hogar** encontramos que representan presentan 20% mientras que el 79% son mujeres, mientras que los hombres son el 25% de los hombres sin hogar. (INE, 2022). Entre las mujeres privadas de libertad, encontramos que representan entre la población privada de libertad, el 19,0%. El peso de la población privada de libertad que es extranjera es del 25% mientras que mujeres extranjeras privadas de libertad son el 15,6%.
- La **trata en la gran mayoría es para fines de explotación sexual** seguido de trata con fines de explotación laboral. La gran mayoría son personas que han sido trasladas, como señala el Informe Mundial sobre Trata de Personas 2022, existe una gran relación entre el origen de las mujeres supervivientes de trata y los espacios de conflicto (pág. 9), Por ello en gran parte el origen en procedente De África Subsahariana (73%), Del Norte de África y Medio Oriente (11%), de Asia (7%), de América (6%). Es importante señalar que si bien el gran perfil de las víctimas detectas han sido mujeres, los hombres también han aumentado desde 2019.

Red de apoyo: apoyo real y el percibido.

Las redes de apoyo y los entornos familia son ambivalentes, pueden suponer una protección o un riesgo para la salud, el cuidado, y para el acceso a la sanidad.

- Mujeres con trastornos adictivos a menudo doblemente estigmatizadas por alejarse de sus roles como mujeres. Ese estigma impacta en la disminución del apoyo familiar. Según la Fundación AMET, la perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones con mujeres se aplica teniendo consciencia de las cargas familiares la falta de respaldo familiar y las relaciones conflictivas con las madres. (Fundación EMET Arco Iris, 2020, pág. 65)
- En el **caso de las mujeres privadas de libertad** es un resorte emocional por la situación de aislamiento. La tesis de María del Mar García Vita destaca que las relaciones durante el periodo de encarcelación son destacas por los pocos vínculos que presentan con su familia más cercana. El 16,8% no tiene relación con el padre, y un 9% tampoco con la madre. Sin embargo, las que presentan relación con los padres en la gran mayoría suele considerase *buena o muy buena.* En cuestión relación con los hijos (varones) que no residen con ellas en el módulo es importante destacar que un 10,9% no tiene relación con ellas. Si hay que destacar de las redes sociales de apoyo durante

el ingreso son las madres y los /as hermanas, donde se destaca principalmente una relación *buena o muy buena.*

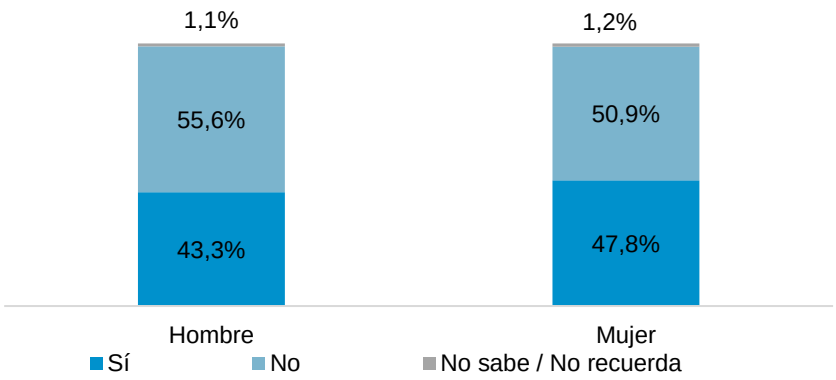
- En el caso de las **redes de apoyo de las mujeres sin hogar**, se encuentran deterioradas que los hombres. Según Encuesta sobre las personas sin hogar 2022 (INE, 2022), el 47,8% de las mujeres exclusión residencial, no tendrían a nadie de manera asegurada para poder contar con el o ella en caso de necesidad o de apuro.

TABLA 7. Cómo valoran sus relaciones actuales con sus familiares (participantes encuestadas)

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No hay relación	No procede
Padre	28,6%	14,2%	5,2%	0,8%	16,8%	34,4%
Madre	48,8%	18,4%	5,5%	1,4%	9,4%	16,6%
Hijos con los que residen	18,3%	6,8%	1,2%	0,7%	3,7%	69,3%
Hijas con las que residen	14,9%	4,6%	1%	0,5%	4,1%	75%
Hijos con los que no residen	34,4%	10,9%	4,6%	0,5%	10,9%	38,8%
Hijas con las que no residen	30,9%	10,1%	4,2%	0,2%	9,7%	44,8%
Hermanos	38,7%	20,9%	11,5%	2,4%	14,4%	12,1%
Hermanas	37,8%	18,1%	9,3%	1,9%	11%	21,9%
Pareja actual	45,3%	18,1%	8,9%	2,6%	6,2%	18,9%

Fuente: Tabla extraída de la tesis ''Redes de apoyo y entornos sociofamiliares en mujeres reclusas: Análisis de las relaciones con las drogas, el acompañamiento en prisión y los procesos hacia la reinserción social'' (García Vita, 2016, pág. 246)

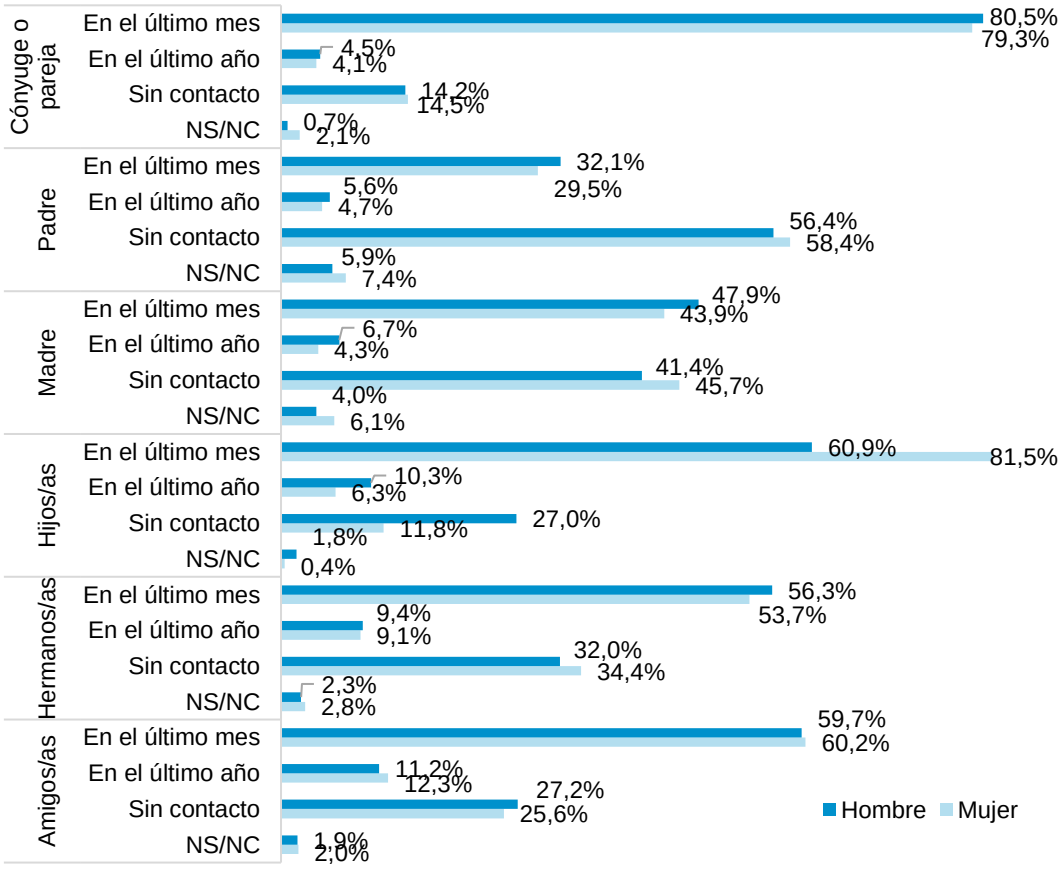
En este momento, ¿tiene usted algún amigo/a con el que está seguro de poder contar en caso de apuro o necesidad?



Fuente: Encuesta de Personas Sin Hogar.2022

El 68,2% de las mujeres sin hogar no ha tenido contando con familiares como, el cónyuge o pareja, padres, hijos/as, hermanos/as, otros familiares o amigos/as; el 67,9% de los hombres afirman la misma situación. Las relaciones con los padres se caracterizan por no presentar contacto en ambos géneros, y en mayor medida en las mujeres, con el padre 58,4% y en un 45,7% con las madres. En cuanto a los hijos/as las mujeres sin hogar son las que mayor contacto tienen con ellos. Es llamativo que el 27% de los hombres no tienen contacto alguno con sus hijos/as. Las relaciones más frecuentes son con la pareja seguido del círculo de los amigos, en una relación similar.

En su situación, ¿ha tenido contacto, incluso por teléfono o por carta, con algún miembro de su familia o círculo social que no viva con usted?



Fuente: Encuesta de Personas Sin Hogar. 2022

Duración y tipos de violencia de género.

La violencia de género transversal en las vidas de las mujeres, por ello la exposición a la violencia es uno determinante de la salud importante. En caso de las mujeres supervivientes de trata, son clave los tiempos de exposición a la trata con fines de explotación sexual, sin embargo, este tiempo **depende de las fases que se han destacado** previamente (captación, traslado y recepción), por ello puede variar de meses a años, desde la captación hasta la

explotación. En este tipo de perfiles estudiados es importante considera que las consecuencias negativas e irreversibles a nivel salud sexual y reproductiva está estrechamente condicionado desde la fase de captación.

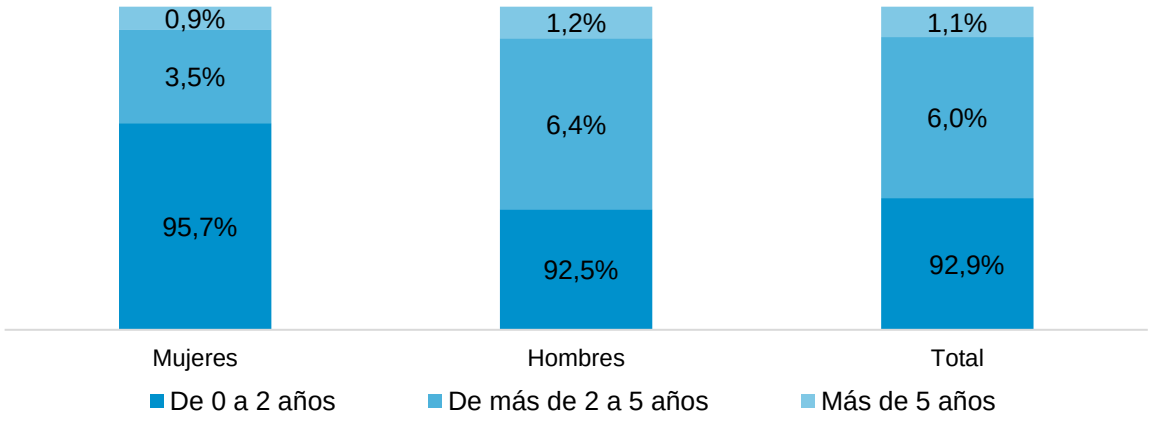
Tiempos de estancia en instituciones o sin poder acceder a estas.

Los **tiempos de estancia en instituciones** (públicas o privadas) determina la salud sexual y reproductiva. El acceso a anticonceptivos (orales, vaginales o masculinos), la asistencia ginecológica, las posibles pruebas de prevención de ETS, el seguimiento de los embarazos, cuidados del postparto y la atención a la lactancia. Todos estos factores son clave para poder conocer que determina la SSR.

Tiempos de internamiento en centros penitenciario como variables relacional clave.

En el caso de las mujeres privadas de libertad, las edades de ellas son determinantes por el **tiempo de sus condenas** y las veces que han podido estar internas (varios ingresos). El tiempo de estancia en la prisión también hay que determinar el estado de la salud sexual y reproductiva. La gran mayoría de las **mujeres han pasado entre 0 y 2 años** por un centro penitenciario. La mayoría de las mujeres se encuentran entre las franjas de 21-30 años (17,0%) y de 41 a 50 años (17,6%)[62]. Las edades de las personas que concentran las condenas más largas (más de 5 años) tienen 41-50 años, tanto en mujeres con hombres [63].

Tiempo de estancia en centro penitenciario por género.



Explotación del INE del Registro Central de Penados.

[62] Se han calculado los porcentajes en base a explotación del INE del Registro Central de Penados-Condenados según sexo, edad, nacionalidad y número de delitos.
[63] Penas de prisión según duración de la pena, sexo, edad y nacionalidad. Registro Central de Penados.INE (2021)

Tiempos sin alojamiento propio como variables relacional clave.

En al caso de las personas sin hogar, el tiempo que han estado **en situación riesgo o exclusión residencial** es clave para poder considerar el empeoramiento de la salud y en concreto de la salud sexual.

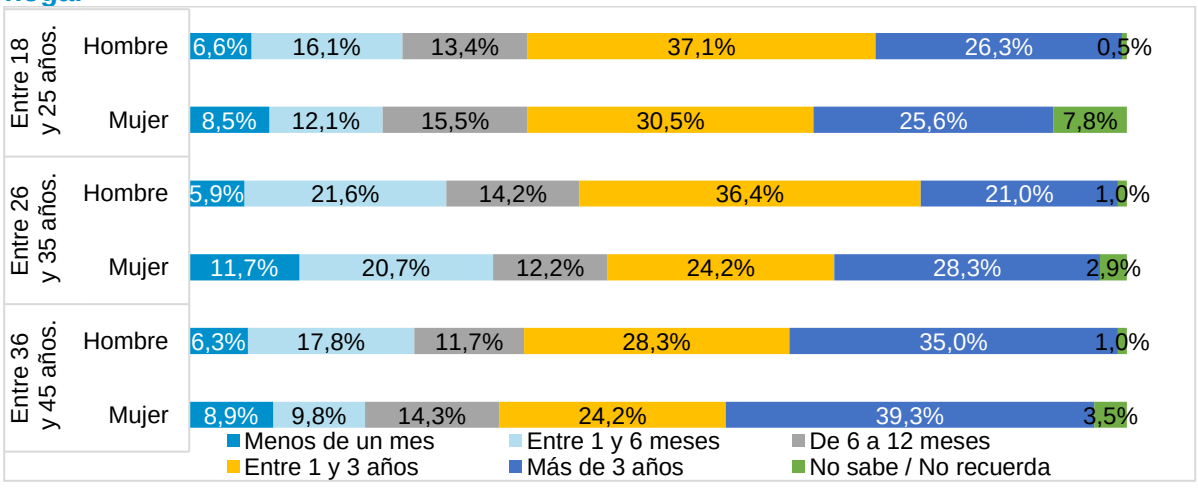
Tiempo de sin alojamiento propio y género *¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo sin un alojamiento que pueda considerar propio?*

	Menos de un mes	Entre 1 y 6 meses	De 6 a 12 meses	Entre 1 y 3 años	Más de 3 años	No sabe / No recuerda
Hombre	59,7%	78,5%	75,8%	79,2%	78,0%	57,9%
Mujer	40,3%	21,5%	24,2%	20,8%	22,0%	42,1%

Elaboración propia. Encuesta de Personas Sin Hogar. 2022

Según el INE (INE, 2022), el 51,1% de las **personas sin hogar tienen** menos de 51 años, la edad media es de 42%. Entre las franjas de años observamos que hay más mujeres en las edades comprendidas en más de 64 años, seguido de las franjas de edad de 30 y 44 años[64]. Lo importante es conocer **los tiempos de pernocta por edades en las mujeres y en los hombres según la edad.** Los tiempos de pernocta condicionan los estados de salud, así como su posible empeoramiento, dificultades para la asistencia social y una mayor probabilidad de contraer enfermedades.

Tiempos de pernocta según la edad (de 18 a 45 años) y el género de las personas sin hogar



Elaboración propia. Encuesta de Personas Sin Hogar (2022)

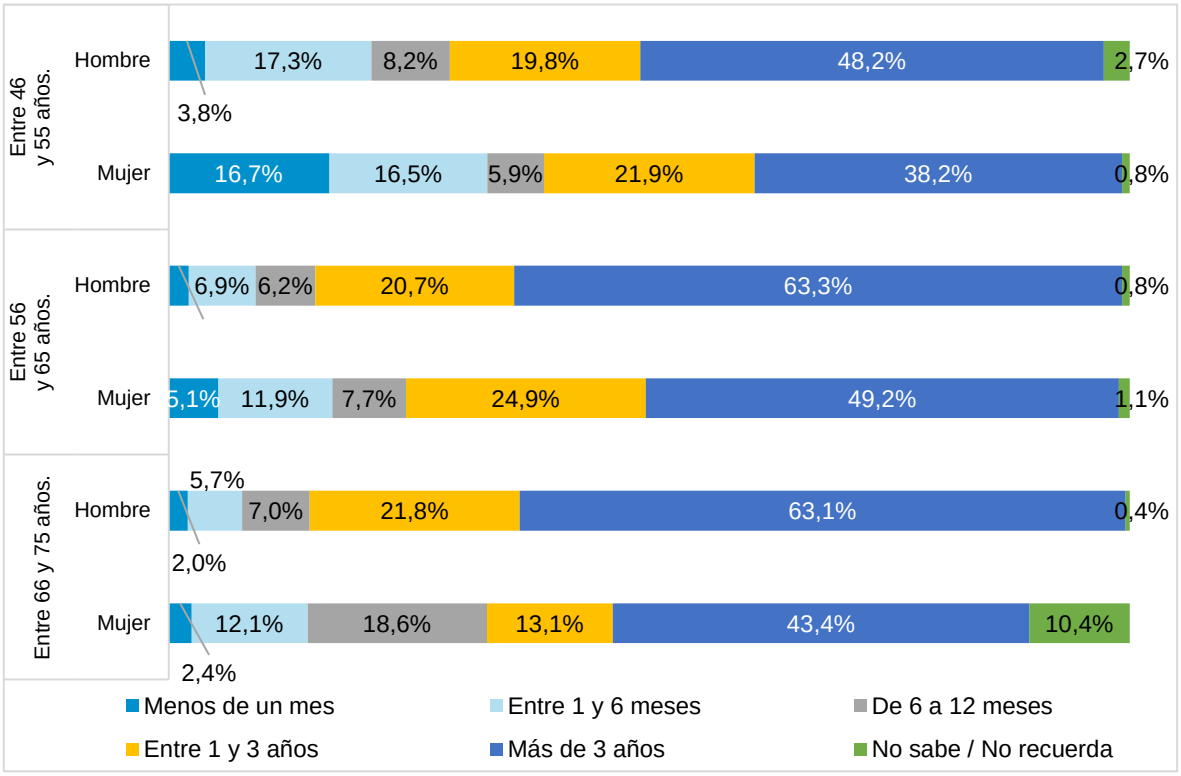
En el siguiente gráfico de las edades más jóvenes, se puede apreciar que las mujeres presentan mayor tiempo de estancia en la calle, a excepción de las edades de 18 y 25 años, en las demás

[64] Personas sin hogar según sexo por edad. INE (2022).

franjas de edades, desde 26 los años y hasta los 45 años afirman en mayor medida estar haber estado *más de 3 años sin alojamiento propio.* Los hombres entre 18 y 25 años tan estado más tiempo en alojamiento que no son propios que las mujeres. Esta situación se **invierte cuando pasamos la barrera etaria de los 55 años**, son los hombres aquellos que han pasado mayor estancia sin un alojamiento propio. A mayor tiempo en una estancia en un alojamiento aumenta con la edad especialmente en los hombres, esto apunta que puede haber mayor grado de cronificación en la situación de exclusión residencial que las mujeres, en concreto a partir de determinadas edades, en concreto desde los 46 años. La estancia en un alojamiento que no es propio impacta directamente en la salud y en la percepción de la salud. Según la Encuesta de Personas Sin hogar (INE, 2022) **la percepción del estado de salud las personas sin hogar empeoran a medida que se la estancia en un alojamiento que no es propio se alarga**[65]. En un **análisis por género**[66]**,** son las mujeres las que perciben en mayor medida una salud mala. Además, las mujeres en un estadio corto fuera del alojamiento propio ya se perciben con estadios de salud peores que los hombres. A medida que la estancia en alojamiento ajenos se alarga, **la percepción de las mujeres es aún peor sobre tu salud que la de los hombres**.

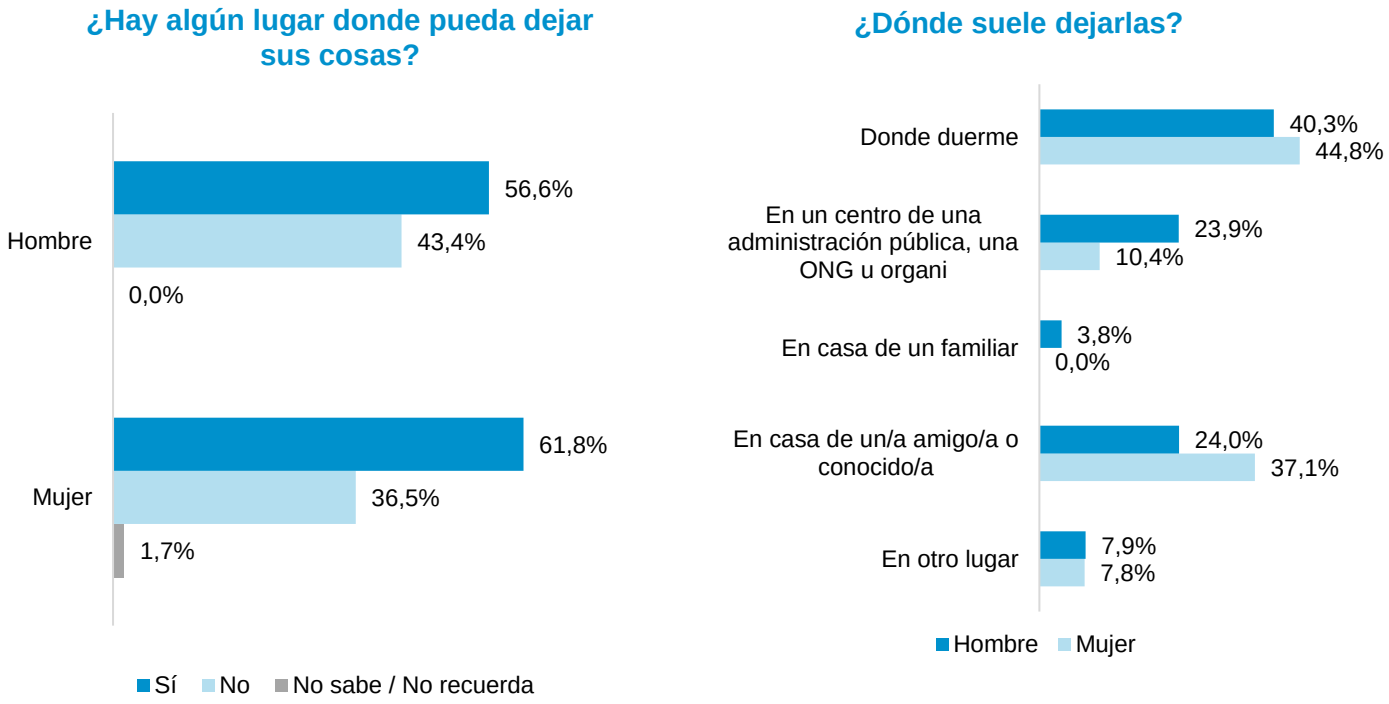
[65] Anexo-Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio.
[66] Anexo- Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio por género.

Tiempos de pernocta según la edad (de 46 a 66 años) y el género de las personas sin hogar.



Elaboración propia. Encuesta INE. Encuesta de Personas Sin hogar (2022)

No tener un alojamiento propio también hace que un aspecto de intimidad y de privacidad se vea violentado. Es mayor el porcentaje de mujeres que dispone de un lugar donde *pueda dejar las cosas* que los hombres, sin embargo 1 de cada 10 mujeres no dispone de un sitio para poder dejar las sus cosas. El principal lugar donde dejan las cosas, tanto hombres como mujeres es donde duermen. Si bien hay menor incidencia en las mujeres que en los hombres, pero es el principal lugar de ambos géneros.



Elaboración propia. Encuesta INE. Encuesta de Personas Sin hogar (2022)

La principal diferencia entre las mujeres y los hombres sin hogar es que el centro de la administración o una ONG es en los hombres es el segundo lugar donde dejan las cosas (23,9%), pero no constituye un lugar prioritario para ambos sexos. En el caso de las mujeres, *las casas de amigos/as o conocidos/as*, es el segundo lugar donde dejan sus cosas (37%). En el caso de las *casas de los familiares* son más llamativos en los hombres que en las mujeres. Estas preferencias nos dan pistas sobre cuáles son **los espacios de intimidad** considerados entre las mujeres y los hombres. Si consideramos el caso de las mujeres estos espacios son clave para poder guardar de productos de higiene como los menstruales, y quizás en el mismo sitio donde duerme, así como las casas de familiares, sean mejor considerados por la implicación que tiene la interacción social y el estigma todavía de la menstruación.

Condiciones particulares de salud de las mujeres.

Condiciones de salud mujeres con trastornos adictivos.

En cuanto a la recogida de datos sobre la salud de perfiles de mujeres con trastornos adictivos se ha presentado dificultoso por la amplitud en la realidad social que abarca. Además, la diversidad de trastornos adictivos complica la recopilación de las edades de las mujeres, sobre todo entre los perfiles de los trastornos **adictivo con sustancia y sin sustancia. Algunos determinades como** la edad de las mujeres con trastornos adictivos condicionan el **tipo de consumo, el inicio del consumo**, y a su vez la **continuidad de ese consumo, y** el **abandono y** las edades de las posibles **recaídas**[67]. En general las condiciones de salud de las mujeres con trastornos adictivos son difíciles de homogenizar, sin embargo, hay varias variables clave que condicionan su salud:

- **Inicio de consumo con sustancia:** Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES): *Los hombres los que comienzan a consumir antes las sustancias psicoactivas que registran prevalencias más altas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína).* Aunque las mujeres sean aquellas que consumen más hipnosedantes, los hombres aún aso comienza antes (Plan Nacional sobre Drogas., 2022).
- **Abandono de programas:** en la investigación con pacientes con policonsumo de alcohol, cocaína, cannabis y alucinógenos, las principales causas son una mejora autopercibida, considerar de manera autonomía la terminación del tratamiento, problemas económicos, numerosos profesionales atendiendo, incompatibilidad con los equipos profesionales. Desde la perspectiva de género se destacan la importancia de falta de recursos adaptados a las mujeres, las cuales en numerosas ocasiones cargo (Martinez Redondo, 2020).

Respecto a la salud sexual en el informe de ‘’Intervención en drogodependencias con enfoque de género, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007) se recoge como la adiccion y la salud sexual se encuentra muy relacionadas:

- Dependiendo de la sustancia puede aumentar o disminuir el deseo sexual, como pasa con los opiáceos. Sin embargo, la cocaína puede provocar una excitación sexual pero el abuso puede llevar a una disfunción. (2007, pág. 128).
- La desaparición de la menstruación puede suponer conductas de riesgo y posibilidad de embarazos no deseados. (2007, pág. 128)

[67] Las edades entre las mujeres de los diferentes perfiles de la presente investigación, son variados, llegando a registrar en edades más avanzadas poco registro de alguno de los perfiles.

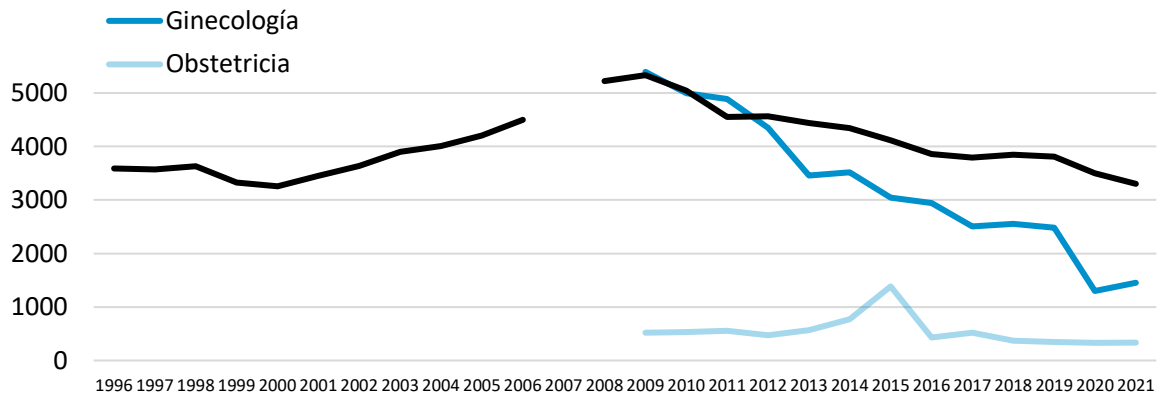
- Infeccion por VIH: La tramisión de un hombre a una mujer presenta mayor probabilidad que de una mujer a un hombre por la capacidad del semen en trasmitir la enfermdad. Entre los diferentes tipos de trasmisión, el modo de trasmisión mediante inyección es residual comparado con años anteriores en España según el Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (2022) [68], en la actualidad en los hombres es el 2,5% y en las mujeres el 0,6%.

En este informe se destaca de manera concreta la situación de mujeres con trastornos que han vivido abusos sexuales en la infancia, esto supone **un disparador para el consumo abusivo** Según Fundación Atenea en la investigación ‘’Análisis de datos de la operación bola de nieve con jóvenes consumidores de cocaína de Torrejón de Ardoz” (2006) el 32% al 66% que tienen trastornos adictivos han sufrido agresiones sexuales durante la infancia.

Condiciones de salud de las mujeres privadas de libertad.

Las **condiciones de vida en las que se encuentran las mujeres en prisión distan de los hombres por una cuestión estructural**. En el artículo desarrollado por Margarita Aguilera en 2019, **destaca que las mujeres privadas de libertad rara vez se encuentra en centros exclusivo de mujeres**, suelen encontrarse en centros mixtos, donde ellas están en módulos específicos de mujeres. *De hecho, solo un 20% cumple su condena en cárceles para mujeres (Alcalá Meco, Brieva y Alcalá de Guadaira)* (Ministerio del Interior , 2019). A menudo se denuncia desde las voces e intervención social y la abogacía, que los centros mixtos donde se encuentras los módulos de mujeres tienen un diseño para el hombre sin una diferenciación entre las mujeres, cosa que en las estructuras internas de los módulos de hombres si existe. Además, es especialmente relevante destacar, que no en todos los centros penitenciarios tienen unidad de madres[69].

Relación entre número de consultas y mujeres



[68] Véase aquí.
[69] Unidad de Madres-Instituciones Penitenciarias. Véase aquí

Elaboración propia en base a la recopilación de los informes de Centros Penitenciarios en España. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

La falta de **centros específicos de mujeres impacta directamente en la satisfacción de las necesidades en materia de salud** que ellas tienen, por ejemplo, en materia obstetricia o ginecológica. En la siguiente gráfica, se muestra como a medida que ha pasado el tiempo el número de mujeres privadas de libertad ha disminuido y el ritmo de las consultas también pero más acuciante. Es llamativo que en 2015 las consultas en obstetricia han sido más numerosas que las de años anteriores y posteriores [70].

La **salud sexual de las mujeres privadas de libertad** es especialmente particular por el espacio social al que se adscriben. A diferencia de los otros colectivos de mujeres el acceso a servicios sanitarios, farmacológicos, de planificación familiar etc… están condicionados por protocolos y mecanismos de control específicos. Presenta unas complicaciones **concretas por su condición de privación de libertad.** El informe de "La situación de la mujer privada de libertad en la Institución Penitenciaria" el 32,4% ha estado más de tres años, el 30,1% menos de seis meses, 19,8% se seis meses a años. El 39,0% afirma que ha estado antes en otros centros penitenciarios, el 23,1% afirma haber estado en 2. El 59,7% ha afirmado que nunca **ha estado en otra institución penitenciaria**. Entre las edades que se encuentran, el 47,1% son entre 26 y 40 años, el 24,0% entre 40-50.

En 2007 desde la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y el Instituto de las mujeres, se realizó documento denominado: ''Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de Intervención en Salud desde un Enfoque de Género'' (2007). En este documento aparecen algunas consideraciones importantes sobre la situación de la salud sexual de las mujeres privadas de libertad, por ejemplo, que **al provenir en gran parte de sectores desfavorecidos** el acceso a servicios se salud es menor teniendo como consecuencia un empeoramiento de la salud y el bienestar previamente a la entrada en prisión. (Migallón Lopezosa & Voria, 2007, pág. 29)

Según la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias (Plan Nacional sobre Drogas., 2022) , el **estado de salud general es percibido como *muy bueno* o *bueno*** (61,5%). Las condiciones de prisión son consideradas como negativas hacia la salud de las personas, solo el 20% de las personas considera que han mejorado *su salud más que estando en libertad,* mientras que el 66,3% considera que su salud está *peor que en libertad.* Se considera que las mujeres privadas de libertad han experimentado episodios de drogodependencia o multiconsumo como afirma Concha Yagüe en su estudio sobre mujeres presas jóvenes, en las cuales ese consumo era vivido como un proceso de cuidado, desde la actitud protectora del machismo: *En el camino de estas mujeres a la droga ya encontramos una altísima impregnación por causa del muticonsumo que no se corresponde*

[70] Algunos datos no estaban disponibles o no se comenzaron a registrar hasta determinadas fechas.

con su corto historial delictivo, pues en esta edad temprana surge el ofrecimiento de la droga a las chicas como medio de mimarlas o a cambio de compañía afectiva y social o sexual; y por otro lado, la actitud protectora y el machismo permiten que el chico facilite en un primer momento el alejamiento de las fuentes de obtención y del delito a "su chica". (Yagüe Olmos & Cabello Vázquez, 2005).

Situación de mujeres embarazadas. Vivencias en parto y postparto.

Es importante resaltar que la intimidad y privacidad durante **el parto de las mujeres privadas de libertad** es en ocasiones vulnerada. En 2022, varias mujeres de la Unidad de Madres Centro Penitenciario Alicante, presentaron una queja ante el Defensor del Pueblo por **la presencia de agentes de la Policía Nacional durante el parto** (Defensor del pueblo, 2023). La Abogacía Española se hacía eco de esta situación y añadía que la presencia policial también era durante las revisiones ginecológicas, llegándose a dar situaciones en las que las mujeres **estaban esposadas.**

En el **caso de las mujeres embarazadas** se presentan aún más las carencias en los servicios del sistema penitenciario. Según Mecanismo Nacional de Prevención (Defensor del pueblo, 2023), señalaba la falta de cursos **de preparto** y **formación en diversidad sexual**, esto últimos de especial importancia (Defensor del pueblo, 2023, pág. 364). Además, este mismo organismo señalaba las continuas quejas sobre el trato recibido durante el parto, las necesidades concretas de alimentación, así como de ejercicio físico. (Defensor del pueblo, 2021).

Dentro de este contexto, es sabido que las mujeres privadas de libertad antes de llegar a prisión **han sido víctimas de violencia en un alto porcentaje, el 88%,** y cerca del 70% han sido víctimas de violencia sexual (Martín, 2022, pág. 5)

> *El 68% de violencia sexual, ¿vale? 68, casi 70, o sea, es más de dos tercios. Esto quiere decir que no podemos extrapolar lo que vivimos las mujeres fuera, que un 12% ha sufrido violencia. No es el perfil habitual de una mujer. Es un determinado tipo de mujer que ha sufrido una violencia previa.*

Es esencial tener en conocimiento sobre la **circunstancia vital** en la que ingresan las mujeres en el caso de abusos sexuales o violencia de género, el indagar acerca de esta circunstancia desde el principio se hace esencial para poder dar la *preceptiva respuesta terapéutica y de protección* (Defensor del pueblo, 2023, pág. 361).

La ignorancia de las realidades de las mujeres en los centros penitenciarios va mucho más allá del momento del ingreso, demuestra **que la perspectiva de género es omitida** desde **un estadio previo a la privación de libertad**, como durante detención y estancia en instancias

policiales[71]. La presente visión androcéntrica e invisibilización confirma que, si la realidad de las mujeres es obviada, aún más lo será la salud sexual y reproductiva.

Un actual ejemplo de **la introducción de la perspectiva del género en el ámbito penitenciario se encuentra el Programa de Prevención de Suicidios (PPS).** Este se caracteriza por registrar datos desagregados por género de la población reclusa. La realidad entre los hombres y mujeres en este aspecto es se muestra muy diferente: en la vida en libertad, en la mayor parte de las regiones del mundo, las mujeres muestran mayor frecuencia de ideas y tentativas de suicidio, mientras que los hombres alcanzan tasas superiores de suicidio consumado. A este hecho se conoce como "*paradoja de género*" (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2022, pág. 2). Esta instrucción afirma que conocer la realidad por géneros es clave para poder conocer **los factores de riesgo de suicido en cada uno de ellos**. Señalan que hay varios factores específicos de género como la violencia sexual y la violencia de género que afecta de manera transversal a la población femenina reclusa (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2022, pág. 6).

Como señala la ONU, *la falta de educación sexual y sobre la salud reproductiva tiene profundas repercusiones en la mujer y el hombre* (1995, pág. 27). Por ello es importante destacar la escasez de los **programas de educativos sobre salud sexual y reproductiva en las prisiones.** Si hablamos de menores encarcelados/as, la importancia de la educación sexual es prioritaria, de hecho, la dotación de recursos de formación sexual es demandado desde los propios/as menores privados de libertad porque existe **alta incidencia de embarazos** entre adolescentes, y parte de la actividad delictiva está relacionada con la libertad sexual y la violencia de género: *El Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) en sus visitas a los centros de menores ha podido comprobar la alta incidencia* ***de embarazo entre las adolescentes*** *y la carencia* ***de programas de salud*** *en materia de diversidad afectivo sexual, prevención y sensibilización de la violencia de género, sexualidad positiva y relaciones saludables.*(…). *La totalidad de menores entrevistados refieren la importancia de una* ***buena intervención en educación afectivo-sexual*** *y cómo su falta puede ocasionar consecuencias importantes que afectan al propio desarrollo y al de otros, con efectos muy graves sobre sus vidas e incluso sobre la actividad delictiva, pues se comprueban altos porcentajes de jóvenes condenados por delitos relacionados con la libertad sexual y por violencia de género.* (Defensor del pueblo, 2023, pág. 364).

Uso de preservativos masculinos

Es importante destacar el uso de preservativos masculinos como método de anticoncepción, sin embargo, el abandono de uso preservativos es más común, el 78,9% de las personas afirman no usarlo *porque no ha querido* y el 21,1% *no los ha usado porque la pareja no quería.*

[71] Un ejemplo de ello, es la recomendación del Defensor del Pueblo en su visita a la Comisaría Provincial de Burgos, en la que se recomienda poder proveer productos de higiene para salud sexual (1), preguntar si se encuentra en situación de lactancia (2) e incluir el lenguaje inclusivo (3). Véase aquí.

Es importante destacar que las personas que han presentado un estado serológico positivo (ya sea por VIH, VHC o VHB) no usan preservativo en un 62,2%. El acceso a los preservativos ha disminuido desde 2016, especialmente entre las mujeres, pasando de un 99,1% a un 95,3% (Ministerio de Sanidad, 2022).

Estados de infección por VIH o VHC

En general, sin especificar entre sexos, en lo relativo **al estado de salud en relación con enfermedades como VIH o VHC**, las cifras en 2020 para estas han disminuido. En dicho año el 4% de la población penitenciaria que presentaba VIH positivo ha mermado en comparativa con 2011, con valores del 8,2%, y 2016, con un 6,0%. Estas tendencias se dan de manera similar al analizar el VHC, registrándose una disminución aún mayor, con valores para VHC positivo (con 0,9% de carga viral detectable) del 19,6% en 2011, 15,7% en 2016 y 9,1% en 2022. No obstante, estos datos aumentan considerablemente si entre esta población se pregunta por haberse inyectado *alguna vez drogas* (Ministerio de Sanidad, 2022, pág. 22).

Estado de infección por VIH y VHC

	2011	2016	2022
VIH	33,5%	27,5%	17,9%
VHC	76,0%	70,7%	53,9%

Fuente: Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (2022).

La dificultad para lograr datos se debe a **la falta de perspectiva de género**, de hecho, el último informe del Defensor del pueblo (2022) se apuntan varios aspectos que transversalizan esta falta de visibilidad de las vidas de las mujeres en prisión:

- La **falta de datos desagregados en instituciones penitenciarias por sexo** hace que no se visualicen las realidades de las mujeres y del colectivo LGTBI+: La falta de datos desagregados por sexo implica la invisibilización n de la mujer y las personas LGTBI, y la imposibilidad de realizar análisis comparativos, que resultan esenciales en materias como la aplicación de medios coercitivos y la respuesta rehabilitadora (Defensor del pueblo, 2023, pág. 359)

  La **falta de datos desagregados por género** impide conocer los perfiles y evita valorar y conocer las necesidades educativas: La invisibilización también alcanza al dosier de ingreso. En el ámbito de los centros de menores y prisiones, se realiza la Recomendación de fomentar el uso de un lenguaje inclusivo en los formularios y registros. Está pendiente que la Administración penitenciaria incorpore en el dosier el lenguaje inclusivo y la perspectiva de género, pese a la Recomendación realizada al respecto hace ya cuatro años (Defensor del pueblo, 2021, pág. 360)
- **Falta de lenguaje inclusivo**, como en la cárcel de menores de La Zarza, provoca que no se dimensione la población femenina ni masculina de los centros penitenciarios. Esta

situación tiene consecuencias a la hora de disponer ropa interior que no sea diferente a la masculina. De hecho, el Defensor del Pueblo afirma que durante el ingreso de las menores no se contemplan las posibles circunstancias particulares, como *puede ser un embarazo o la violencia de género*. (Defensor del pueblo, 2023, pág. 360) [72].

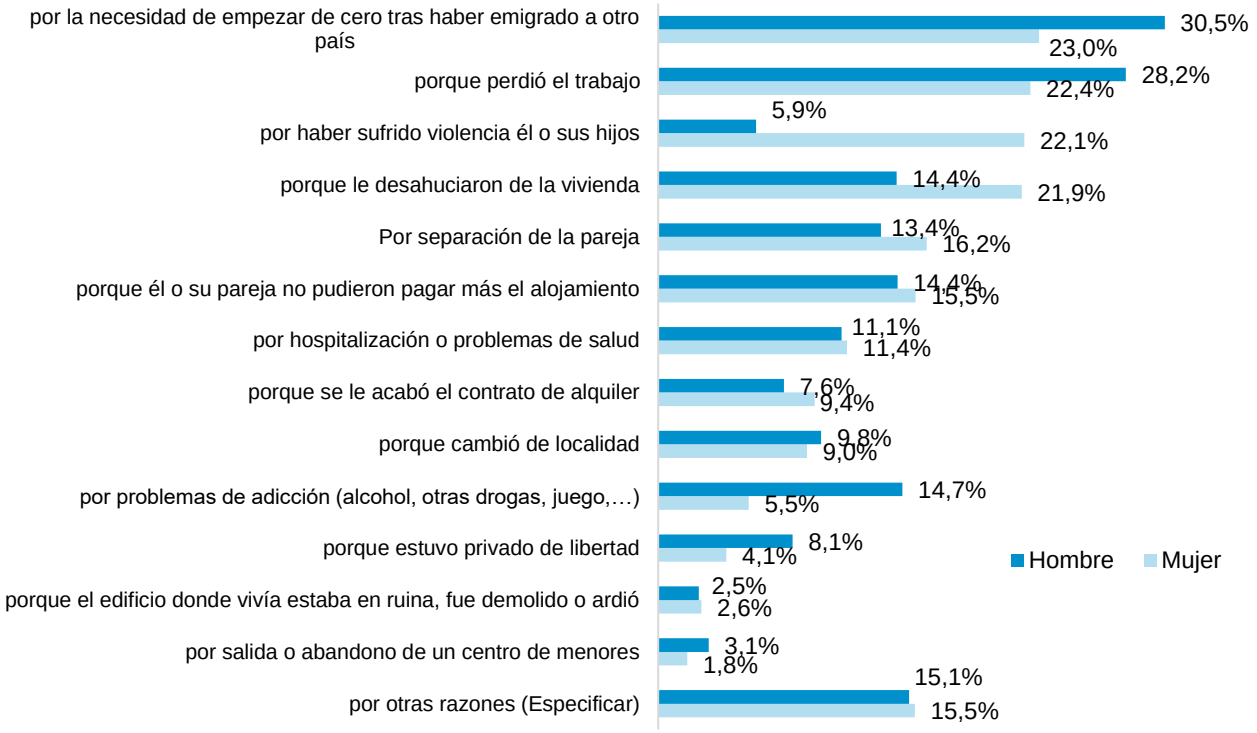
Condiciones de salud de las mujeres en riesgo o en situación de exclusión residencial.

Es importante conocer las **condiciones de vida previas y dar luz** sobre las circunstancias que rodean a las personas sin hogar y su distan diferencias entre las mujeres y los hombres.

Motivos por los que reconocen encontrarse en esta situación.

Las principales razones que señalan tanto las mujeres como los hombres a su situación de sinhogarismo es el proceso la migratorio como causantes, seguido de la perdida de trabajo.

Razones se ha visto obligado/a a abandonar el alojamiento que usted tenía antes de verse sin hogar.



Fuente: Encuesta de Personas Sin Hoga.INE.2022

Las principales diferencias entre los motivos de las mujeres sin hogar son: **haber sufrido violencia o sus hijos** (22% en las mujeres y un 5,1 de los hombres), el haber vivido un

[72] Es interesante la web Penal Reform International, que aborda la salud de las mujeres en prisión' Women in prison: mental health and well-being – a guide for prison staff. Véase aquí.

desahucio (21,9% de las mujeres y un 14,4% de los hombres) o haber tenido problemas con alguna adicción.

Situaciones familiares antes de los 18 años.

La solvencia en redes sociales de apoyo permite a las personas poder tener un soporte en caso de improviso económico, sanitario o de otra índole. La progresiva carencia de redes sociales de apoyo o incapacidad de estas para solventar problemas puede **incrementar y acelerar la desafiliación social** con las instituciones, grupos de pares, o familia biológica o elegida.

Según la **Encuesta de Personas Sin hogar presenta un evolutivo de los cambios en las situaciones familiares vividas** antes de tener 18 años. Las situaciones familiares **antes de los 18 años vividas por las personas sin hogar reflejan claves en las condiciones de vida** para poder conocer la vivencia de durante adolescencia y su infancia. Las principales situaciones que han vivido han sido en la gran mayoría son la *falta de dinero en su familia* (45,4%) seguido de *la situación del fallecimiento de un miembro de su familia* (37,4%), la *situación de desempleo de un miembro del hogar* durante mucho tiempo (27,7%), junto con violencia en el ámbito familiar como *graves peleas* o conflictos entre los padres (24,0%), así como la presencia de adicciones, en concreto el alcoholismo[73].

Es destacable el **incremento de las situaciones desde** 2005 de *divorcios o abandono de uno de los padres, peleas graves, paro prolongado y falta de dinero.* Las situaciones antes de los 18 vividas por **las personas sin hogar las cuales han disminuido a lo largo de los años** han sido: *la situación de fallecimiento de un miembro,* la gravedad o *incapacidad de los padres, alcoholismo en su familia, un desalojo,* o la estancia *de uno de los padres en prisión.*

Entre las mujeres sin hogar y los hombres sin hogar se encuentra la principal vivencia común antes de los 18 años es *la falta de dinero de su familia*[74]. Mientras en los hombres *la situación de fallecimiento* sigue estando más presente desde 2005, en las mujeres esta circunstancia es menor que en las mujeres. Las *graves peleas o conflictos entre los padres* están más presentes en los hogares de las mujeres sin hogar que en los hogares de hombres. De hecho, la violencia en el hogar (*conflictos graves entre ella y alguien de su familia* y *problemas de violencia en el hogar*) es mucho más frecuente **que la hayan vivido las mujeres sin hogar que lo hombres**. Si es cierto, que los *conflictos graves entre ella/él y su familia* han disminuido, se siguen presentando mucho más en las mujeres sin hogar. Es destable, que la *situación de alcoholismo tanto en su familia como de él o ella misma* estaba más presente en los hogares durante la

[73] El gráfico de los datos generales como en comparación entre hombres y mujeres se encuentran adjunto en el Anexo Estadístico: Situaciones familiares antes de los 18 años. Evolutivo de 2005-2012-2022.
[74] El gráfico de los datos generales como en comparación entre hombres y mujeres se encuentran adjunto en el Anexo Estadístico: Situaciones familiares antes de los 18 años por género.

infancia y adolescencia de las mujeres sin hogar. El alcoholismo se ha llegado igualar en el último año, situando un nivel similar entre hombres y mujeres.

Aunque a lo largo de los **años *los problemas de violencia* en el seno familiar** de las mujeres también hayan disminuido siguen presentando una distancia establemente mayor a diferencia con los hombres. Estos climas de violencia tienen coherencia con el siguiente dato, *los cambios de residencia* han estado mucho más presentes en las mujeres sin hogar que en los hombres (en 2022 el 19,7% de las mujeres y el 13,2% de los hombres).

Como concusión las trayectorias residenciales de las mujeres sin hogar en la infancia son principalmente por una movilidad residencial mayor en contexto de violencia o un intento de mejora de las condiciones económicas de los padres. En contraste la violencia no se encuentra tan presentes en los hogares durante la infancia y adolescencia de los hombres sin hogar, tienen mayor peso, las condiciones económicas complicadas, como el paro prolongado.

En 2022, la percepción subjetiva de su estado de salud es *buena* (41%) y *regular* (29,3%). Entre las mujeres hay cierta percepción peor de su salud, el 15,1% de los hombres considera que es *muy buena*, mientras que solo un 10% las mujeres consideran esto.

Presencia de enfermedades y disposición de la tarjeta sanitaria.

En 2005 el 29,1 % de las personas sin hogar presentaban una enfermedad grave o crónica, siendo más presente en las mujeres (35,9%) que en los hombres (27,7%) [75]. En 2022, las mujeres sin hogar son las que en mayor porcentaje presentan enfermedades diagnosticadas, el 43,6% frente al 35,5% de hombres. Las principales enfermades diagnosticadas han sido las *enfermedades mentales* y en especial las mujeres las enfermedades osteo-mioarticular[76].

Salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo de exclusión residencial.

La salud física, psicológica es gravemente afectada en las personas en situación de sin hogar.

Entre algunas de las condiciones de salud sexual y reproductiva, se encuentra la trasmisión de enfermedades, como VIH entre otras enfermedades, como las pulmonares, infecciones de piel y posibles consumos de drogas (MedlinePlus). Destacar que en presente estudio la exclusión residencial se plantea como algunas de las situaciones que se presentan en las categorías ETHOS, es decir, los perfiles de las mujeres que se entrevistan proceden **de diferentes situaciones de exclusión residencial.**

El género de las personas sin hogar es clave para analizar los factores que impactan en la situación de sinhogarismo, los lugares de pernocta y la aplicación de **mecanismos de**

[75] Personas sin hogar por enfermedad grave o crónica, sexo y valor absoluto/porcentaje.
[76] Enfermades diagnosticas en las personas sin hogar. Encuesta sobre las personas sin hogar 2022. Véase aquí.

seguridad. Además, se sabe que la intervención social con mujeres sin hogar requiere de un conocimiento específico que amortigüe la vivencia en la calle con episodios de violencia sexual.

Primeramente, entre las **causas de sinhogarismo**, la principal diferencia es que, en las relaciones familiares en concreto, la violencia de género ha sido desencadenante de esta situación de sinhogarismo femenino. Es importante señalar el término **sinhogarismo oculto** como aquellas **estrategias** que se aplican para evitar la estancia en la calle, que cambian tanto por parte de las mujeres como por parte de los hombres. Es necesario visibilizar estas situaciones desde la perspectiva de género, explicitando la importancia de **aplicar medidas previas**, es decir, estrategias de prevención con la mirada puesta en el género.

Condiciones de salud de las mujeres supervivientes a la trata con fines de explotación sexual.

La situación vivida de trata con explotación sexual contiene consecuencias en las **diferentes áreas de la salud**, tanto psicológica, física o social, pero, en concreto, la SSR es aquella que se ve afectada en gran manera por exposición de violencias sexuales que conllevan **la obligatoriedad** de practicar conductas sexuales de riesgo.

Las etapas de la trata se enmarcan en: pre-partida o reclutamiento, seguido del transporte, explotación o destino, detención o recepción e integración o reintegración (London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2003). Según las etapas del ciclo de la trata las mujeres experimentan un riesgo de morir. Hay que señalar que, en especial, la **fase de transporte,** así como **la de explotación**, son donde se deteriora en mayor medida la salud, en todas las áreas. Según el estudio ‘’The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents’’ (2003) de London School of Hygiene & Tropical Medicine, realizado durante dos años con mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual, la salud sexual y reproductiva está gravemente afectada por la violencia sexual, así como las violaciones que se dan a menudo sin uso de lubricantes y con la falta de barreras de protección. La **memoria** se ve afectada durante la fase de transporte por el estado de ansiedad. Además, como señala el informe, el sexo durante la menstruación suele ir acompañado de rituales degradantes y violentos, incluyendo violaciones en grupo (*gang rapes*). Según afirman algunas de las mujeres participantes en el estudio, llegaron a tener relaciones con 40 o 50 clientes por noche.

La **asistencia sanitaria durante la fase de explotación** está coartada por el miedo a las autoridades policiales, ante la situación de irregularidad producida por la confiscación de la documentación por parte de los tratantes. A este factor se le añade que parte de los profesionales sanitarios **no reconocen a las víctimas** (Gómez Cobo, 2019), con lo cual perpetúan la situación de explotación. Según los autores Scanell M, MacDonald AE, Berger A y Boyer N. H (Gómez Cobo, 2019) el servicio **de urgencias es una gran oportunidad** para detectar que es víctima y además apoyarles a su liberación de la red.

La especialización del personal sanitario implica capacitación en la detección de situaciones de trata con fines de sexual, de hecho, en el marco de Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos (Consejo General del Poder Judicial, 2011). Durante el proceso de integración y protección también se destaca que **la confidencialidad** es uno de los asuntos que más preocupa estas mujeres durante el acceso y estancia en los servicios sanitarios.

Las condiciones de vida actuales de las mujeres supervivientes a la trata con fines de explotación sexual tienen que ver con las circunstancias a las que han estado expuestas, por ello presentan las consecuencias en la SSR específicas, según señala el informe The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents (2003, pág. 24) , son las complicaciones que a nivel ginecológico tienen estas mujeres, como dolor pélvico no diagnosticado, complicaciones durante los abortos. Entre los tratamientos médicos que se destacan, se encuentra los enfocados a enfermedades de trasmisión sexual por presencia de VIH/SIDA (London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2003). En algunas ocasiones se han retenido los resultados de pruebas VIH/SIDA, o incluso se le ha ocultado un **diagnóstico para darles una falsa sensación de seguridad**, como se recoge en el Manual para la lucha contra la trata de personas (ONU, 2007, pág. 159).

También se han detectado problemas dermatológicos y complicaciones en los embarazos y abortos (2003, pág. 6). Los problemas vaginales y en la uretra como la cistitis, el cáncer cervical e infertilidad son de las situaciones más comunes. Según señala en el Manual para la Lucha Contra la Trata de Personas (ONU, 2007), algunos de los problemas de infertilidad proceden de infecciones crónicas de trasmisión sexual no tratadas o *por abortos realizados deficientemente o sin precauciones de seguridad* (ONU, 2007). Además, también se han recogido problemas con el ciclo menstrual, como la amenorrea o la dismenorrea. (London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2003, pág. 24). El virus del papiloma humano (VPH) también se encuentra presente en las supervivientes: es la ITS más prevalente, en un estudio (16) realizado en 2002 con *mujeres inmigrantes prostituidas en Madrid, los resultados muestran que la prevalencia de VPH es elevada y está relacionada con la edad, el área de origen y la toma de anticonceptivos orales en aquellas que no usaban métodos de barrera* (Fernández Raigada, 2018). Entre estas consecuencias hacia su salud sexual y reproductiva la Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual (2017), recoge otras consecunecias como (pág. 24):

- *Por relaciones sexuales forzadas: pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, hepatitis B y C,*

sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia[77]*, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix, embarazo no deseado, relaciones sexuales dolorosas.*

- *Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, paro prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal*

Entre otros de los problemas de salud señalados anteriormente, nos encontramos con numerosa bibliografía [78] que señala **la presencia de adicciones por consumos obligados para facilitar la prestación de servicios sexuales**. Si a esto se le añade la especificidad de que el cliente demande consumo de alcohol o cocaína, la probabilidad de sufrir una merma de la salud y múltiples riesgos aumenta considerablemente la probabilidad de dependencia a estas sustancias exponencialmente. En esta misma línea se recoge en la Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual (2017) que como consecuencias para al salud psicologica puedan ser llegar a darse a*buso de alcohol, drogas y psicofármacos* (2017, pág. 17)

El Convenio del Consejo de Europa sobre la Lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa) (2005) recoge la importancia de la asistencia sanitaria de las supervivientes: *b el acceso a la asistencia médica de urgencia; (…). Asimismo, las Partes ofrecerán la asistencia médica necesaria, o cualquier otro tipo de asistencia a las víctimas que residan legalmente en su territorio, que no dispongan de recursos adecuados y que tengan necesidad de ella.*[79]

La importancia de acceder al sistema sanitario de las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual viene es un aspecto imprescindible para su proceso de recuperación y de mejora de su SSR. Según la **Guía de Recursos Existentes para la Atención a Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual** (2018) considera la existencia de alojamientos es especialmente relevante para la recuperación **de la autonomía de estas mujeres**. La primera evaluación que se realiza de las mujeres y niñas supervivientes de trata con fines de explotación sexual es la atención ambulatoria, en esta se acoge y se asesora sobre hábitos saludables, así como posibles tratamientos. Además, el acompañamiento sanitario es clave para poder mantener la mejora de la salud de estas mujeres. En el año 2018, había 41 entidades que prestaban servicios, en concreto (en orden decreciente), la asistencia sanitaria, a diferencia de otros servicios como la atención social o el asesoramiento jurídico, se encontraba en un lugar menos relevante. En lo relacionado con la salud, la asistencia sanitaria a estas mujeres se presenta con menor cobertura que otros servicios, véase la posición de la asistencia jurídica.

[77] Es el término médico para el dolor al tener relaciones sexuales es dispareunia, que se define como el dolor genital persistente o recurrente que ocurre justo antes, durante o después de tener relaciones sexuales. Véase en Mayoclinic- Relaciones sexuales dolorosas (dispareunia).
[78] ‘’Prostitución y trata con fines de explotación sexual: una visión desde la Enfermería Comunitaria’’. Véase aquí. y ‘’ Cuidados para la salud y la trata de personas. Guía para proveedores de salud (OIM).Véase aquí.
[79] España ratificó este convenio en 2009.

Como se puede apreciar en el gráfico, la asistencia sanitaria no es de los servicios que más han aumentado en los 3 años, sin embargo, formación y atención social han sido llamativamente más reforzados que otras áreas. [80]

Tipos de servicios que presentan las entidades especializadas a víctimas de trata con fines de explotación sexual (2015-2018).

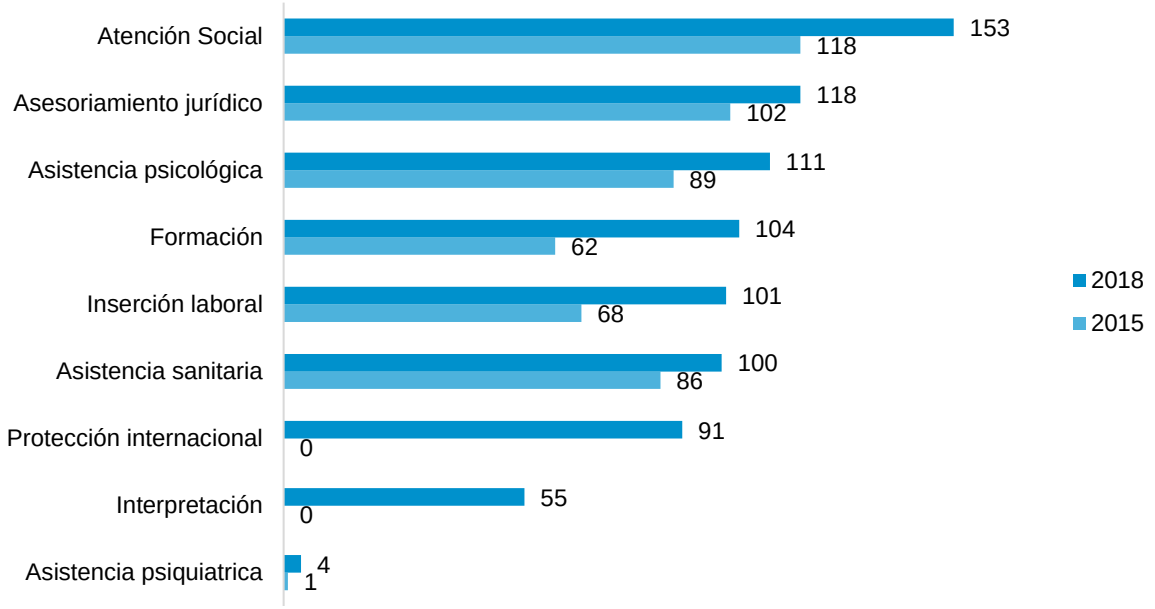


Gráfico elaborado gracias a los datos de la *Guía de Recursos Existentes para la Atención a Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual.* Edición 2015 y 2018.

Desde el **conocimiento de la enfermería** se ha abordado la trata de mujeres con fines de explotación sexual. El trabajo de Natalia Gómez Cobo (2019), expone como la enfermería tienen un papel fundamental en la mejora las condiciones de salud de las supervivientes.

[80] El registro de Protección Internacional e interpretación comienza en 2018. Se desconoce si estos servicios se prestaban antes pero no eran incluidos en el registro.

Realidades sociales interseccionadas.

Las realidades sociales atravesadas por las mujeres privadas de libertad, trastornos de conducta de adicciones, en riesgo o en exclusión residencial, así como mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual, se **encuentran entrelazadas**. De hecho, examinar la realidad en departamentos estancos provoca dejar fuera del análisis realidades y condiciones sociales importantes. Además, en un sentido práctico, la división de los colectivos como únicos condiciona la calidad de las intervenciones sociales y sesgan la realidad ignorando otras vivencias y, por lo tanto, propiciando una intervención deficiente.

Un **eje común en todos los perfiles estudiados es la violencia de género vivida** tanto en el pasado **como en el presente y de manera trasversal**. Esto supone uno de los puntos argumentales para a la exclusividad de los recursos para mujeres y dotar de formación específica de los profesionales. Así como la violencia sexual y ejercicio de prostitución para conseguir o sustancias, o dinero o seguridad y protección, como es el caso de las mujeres sin hogar.

Violencia de género como eje transversal.

Violencia de género y mujeres sin hogar.

En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se señalaba algunas de las circunstancias las cuales podrían salirse de esa visión homogénea de las mujeres supervivientes, como por ejemplo las mujeres con adicciones: *Asimismo, se establecerán medidas específicas para la detección, intervención y asistencia en situaciones de violencia contra mujeres con discapacidad, mujeres con problemas de salud mental, adicciones u otras problemáticas u otros casos de adicciones derivadas o añadidas a la violencia* (Jefatura del Estado., 2022). En esta línea, se desglosa cierta incidencia en cuanto **a la cuestión residencial**, en concreto en el alojamiento del domicilio familiar una vez judicializado el caso. Sin embargo, el **sinhogarismo oculto** nos demuestra que las mujeres huyen de sus domicilios por violencia de género, siendo esta situación desconocida a nivel policial y judicial. A menudo acuden a otras residencias de familiares, o bajo un régimen de alquiler bajo coacciones sexuales. Como se recoge en la investigación realizada por la Fundación Atenea (2018), existen numerosas estrategias para no acabar en la calle, pero entre ellas se cuentan otra vez con las violencias de género (Molina Sánchez & Fernández-Baz , 2018): *Ese miedo hace que las mujeres pongan en marcha diferentes estrategias ante la posibilidad de acabar viviendo en la calle. Estas estrategias van desde alojarse en casa de*

amigos y familiares; compartir piso con otras personas o familias; aceptar situaciones de violencia de género; para que me peguen/violen todos que me pegue/viole sólo uno. (2018, pág. 55). En esta misma línea, la Encuesta de Mujeres Sin Hogar en 2012 señala que entre las principales causas [81] de encontrarse en esta situación han sido por **haber sufrido violencia ella o sus hijos/as** (26,2%). En 2022, las mujeres afirmaron haber sufrido ***violencia usted o sus hijos/as*** el 22,1%, frente a un 5,9% de hombres; y el 16,2% de ellas por problemas de la *relación de pareja.* Además, las ejecuciones hipotecarias, están más presentes como causas en las mujeres que en los hombres, 21,9%, 14,4% respectivamente. De hecho, como se ha podido ver en el apartado de los **determinantes sociales.** Las mujeres presentan peores indicadores en las **situaciones previas** a la exclusión residencial, como encontrarse *episodios de violencia hacia las mujeres y sus hijos/as*, el *paro prolongado de algún miembro de su familia* o la falta de dinero en su familia.

Violencia de género y adicciones

En cuanto a las mujeres con trastornos adictivos de supervivientes de violencias de género, según Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018), señala que: *Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Asimismo, se estima que alrededor del 20% de hombres que participan en programas de intervención para la reducción del consumo de drogas y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento para la adicción.*

Factores de riesgo vinculados a la víctima

- Haber observado o experimentado abusos desde la infancia incrementa el riesgo de ser víctima de VG en etapas posteriores de la vida.
- Escasas oportunidades económicas.
- Dependencia emocional y económica de la pareja.
- Discapacidad física o mental.
- Abuso o dependencia del alcohol o drogas ilícitas (incrementa el riesgo de ser VG)
- Pertenencia a grupos sociales excluidos.
- Aislamiento social.
- Embarazo.
- Presencia de trastornos mentales

Factores de riesgo vinculados al agresor

- **A**ntecedentes de malos tratos y/o violencia en la infancia (haber observado o experimentado abusos desde la infancia).
- Patrones de relación social basados en el uso de la violencia (actitud violenta).
- Problemas de control de impulsos.
- Celopatías.
- Abuso o dependencia del alcohol o drogas ilícitas (incrementa el riesgo de ejercer violencia contra la pareja o hija/os).
- Presencia de trastornos mentales.

[81] La primera es *haber perdido el trabajo (*45%), entre las mujeres es el 29% y entre los hombres el 49%.

En el intento por abordar esta realidad, la Asociación Progresión ha realizado una guía donde se aborda la importancia de internación especializada (Asociación Progestión, 2023). Algunos de los factores relacionados con las VG's están relacionadas con el consumo de sustancias por parte del agresor, y la incitación o dependencia inducia en la mujer.

La apuesta de la Estrategia Nacional de Drogas 2017-2024 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018), es mejora la calidad de la cobertura para las personas con trastornos adictivos y esta requiere una atención desde las **múltiples realidades sociales** y contemplando un abordaje de la **atención integral y multidisciplinar:**

> *Por otro lado, la necesidad de atención a los colectivos con mayor riesgo de marginación como inmigrantes y minorías étnicas, o, de una **atención específica**, como en el caso de las mujeres, menores o personas con patología dual, requiere una flexibilidad organizativa y de recursos que facilite el acceso al tratamiento más adecuado en estas personas.* (2018, pág. 32)

En el caso del abordaje de las adicciones y la violencia de género, es clave destacar la relación, pero no causal, como señala la Estrategia Nacional y tener presente los roles de agresores y de supervivientes en la incorporación en la propia red de atención:

> *Por último, la red **de atención debe incorporar la violencia de género** como un aspecto estrechamente vinculado a las adicciones, no como **relación causal**, pero si teniendo en cuenta que en los casos **de abuso de sustancias los índices de violencia de género** llegan a **triplicarse** con respecto al resto de la población. La violencia de género es un problema social que en el caso de las **adicciones se multiplica**. Es necesario trabajarlo tanto en la intervención con hombres como con mujeres: **ellas como posibles víctimas, ellos como posibles agresores*** (Plan Nacional sobre Drogas, 2018, pág. 32)**.**

Por último, la Red de Género y Drogas, apoyada por el Plan Nacional sobre Drogas desde 2016, apoya a las entidades sociales a introducir la perspectiva de género en las intervenciones sociales con mujeres con trastornos adictivos. El ejercicio por incluir la perspectiva de género hace que se incluya la violencia de género como la realidad especifica que necesita de una intervención especializada e integral[82]. A día de hoy existen proyectos focalizados en perspectiva de género como Proyecto Malva de Salud y Comunidad, Asociación Limam.

Violencia de género y situación de privación de libertad

En el caso **de las mujeres en situación de privación de libertad**, su salud sexual y reproductiva no es la única parte de la salud que se encuentra afectada, también la psicológica,

[82] La Red Género, Drogas y Adicciones tiene una biblioteca digital, donde nutre de numerosos recursos relacionados con la aplicación de la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas.

siendo más delicada cuando las personas privadas de libertad presenten algún tipo de consumo de sustancias. En este aspecto, la salud **psicológica y física** se encuentran muy afectadas de una manera concreta. Desde Fundación Atenea, se desarrolla el proyecto de reducción de datos Ariadna apoya las personas privadas de libertad a mejorar sus condiciones de vida.

Según la Red de Atención a las Adicciones UNAD las mujeres **con adicciones en centros penitenciarios en Cataluña tienen mayores índices de ansiedad**: del 75%, a diferencia del 50% que presentan los hombres. La realidad de estas mujeres está marcada por **la violencia sexual**, según el informe de UNAD e*l 5,3% de los hombres encuestados ha sufrido violencia sexual, frente al 75% de las mujeres*. (UNAD, 2022, pág. 78). Desde la UNAD se exige que **la salud tanto psicológica como física tienen que mejorar**, y reforzarse mediante la dotación *de recursos sanitarios y psicosociales para ofrecer a las personas presas una atención sobre las adiciones en igualdad de condiciones que la que se ofrece en la sociedad libre* (UNAD, 2022, pág. 101). Señalan que se debería además de una intervención integral como grupos de terapia exclusivamente del tratamiento, de otros temas que no fueran enfocados a estos temas. Desde la perspectiva de género, la UNAD considera que no hay planes específicos para intervenir que tenga en consideración los perfiles de mujeres con adicciones privadas de libertad.

La **respuesta desde los servicios terapéuticos** es determinante en estos casos en los que las personas comienzan a tener régimen de semilibertad o libertad. De hecho, este mismo estudio afirma que las personas privadas de libertad con adicciones en un 88,1% tienen *un lugar donde vivir*, un 84% para las mujeres frente a un 89% de los hombres. La disposición de recursos residenciales para poder llevar a cabo una trayectoria satisfactoria tras la condena es clave para continuar con ciertos tratamiento y promover la reinserción para evitar la exclusión social, teniendo en cuenta que cerca del 40% serán en viviendas familiares: *Atendiendo a las respuestas dadas en este apartado, el lugar donde pueden vivir al salir de prisión no se presenta como el principal problema de las personas presas con adicciones, si bien no puede obviarse la precariedad en la que se encontrarán al salir en libertad quienes no cuentan con un hogar* (UNAD, 2022, pág. 37).

Múltiples realidades

Realidades de las mujeres con trastornos de adicciones.

- **Situación exclusión residencial:** Entre las mujeres el 26% que afirman vivir en su casa de propiedad o con una familiar conviviente, así como un 21%. **Mientras el 18% de las mujeres con trastornos adictivos atendidas por la UNAD afirman estar vivir en un alojamiento inestable**, el 15% en una vivienda ocupada y el 15% en un hostal. Por último, como situación residual, el 1 % afirma estar en prisión.

- **Privación de libertad:** Cerca del 13% de los hombres y el 4 % de las mujeres con trastornos adictivos atendido por la UNAD, han estado prisión, el 15% de ellos y el 11% cumple medidas alternativas.

Realidades de las mujeres en riesgo de exclusión residencial.

- **Trastornos adictivos** La situación de sinhogarismo se relaciona parcialmente con problema de trastornos adictivos. Según la Encuesta de Personas Sin Hogar (INE, 2022) se afirma que un 40,5% consumen alcohol ligera o moderadamente, y un 42,3% afirma que ha consumido drogas, dato que es menor en las mujeres sin hogar que en los hombres, un 30,3% y 54,9% respectivamente. (INE, 2022).
  La investigación de Asociación Progresión pone luz **a la realidad residencial especifica que tienen que las mujeres con adicciones** y que son supervivientes. En su informe ‘’Análisis de la atención residencial a mujeres con problemas de adicciones y violencia de género’’ especifican la necesidad de elaborar protocolos específicos, crear recursos que sean específicos para mujeres. Además, consideran que, para poder conseguir la autonomía de las mujeres, es imprescindible tener en cuenta variables relevantes como las recaídas y el apoyo de las familias.
  Según el informe de la UNAD ‘’Adicciones y Sinhogarismo’’ (UNAD, 2021) destacan que algunos de los recursos para exclusión residencial no incluyen por norma la reducción del daño provocando *parte de la población sin hogar con problemas de consumo no accedan a los mismos*
- **Situación de privación de libertad**. Según la Encuesta a las Personas sin Hogar (INE), en 2005 el 65% de las personas afirman a ver cumplido condena y un 11,5% se encontraban esperando a ser juzgadas. Solo el 22% de estas personas afirman no encontrarse en ninguna de estas situaciones [83].

Realidades de las mujeres privadas de libertad.

- **Trastornos adictivos**: En el informe sobre la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Instituciones Penitenciaria (Ministerio de Sanidad, 2022) se destaca de manera general, las mujeres presentan **una menor prevalencia en el consumo de drogas legales** e ilegales que los hombres, siendo el principal motivo que las mujeres reducen considerablemente el consumo al entrar en prisión. Entre las drogas que presentan una distancia menor de consumo entre sexos *alguna vez en la vida,* se encuentra la heroína, en cualquiera de sus frecuencias de consumo. La prevalencia del consumo de drogas en población penitenciaria, es relevante el tabaco, especialmente en los hombres que, en las mujeres, en cualquiera que de las doras recogidas en la investigación. En general la categoría de *alguna droga ilegal*, esta presenta niveles muy

[83] Además, si se observa las edades, las principales edades que afirman haber pasado por una condena, son aquellas de más de 64 años y las de entre 18 y 49 años. Véase aquí.

altos entre los dos en comparación con otras drogas, pero se repite el mismo patrón entre ambos géneros, es consumida *en los últimos 30 días* más entre los hombres que en las mujeres el 54,4% y el 40,9 respectivamente. Si hablamos de relaciones sexuales son mayores las mujeres que han tenido relaciones sexuales que los hombres (57,3% y 53% respectivamente). Si focalizamos la salud en prisión, la organización Penal Reform International (PRI) considera que las **mujeres viven un impacto muy negativo** por la estancia en los centros penitenciario sobre todo en la salud mental, salud sexual y reproductiva. Según el informe '' Women in prison: mental health and well-being – a guide for prison staff (Penal Reform International, 2020), considera que **las mujeres mental esta debil por causas como la experiencias durante la infancia**, de violencia o abuso, además el consumo de drogras y alcohol en las mujeres puede llegar a esconder este tipo de abusos, (Penal Reform International, 2020, pág. 9). En el caso de las mujeres embarazadas se requiere de cuidado posteriores tras el parto asi como el bebe recien nacido/a. Según dicha encuesta **la percepción de la población sobre su salud, es en gran parte peor que estando en libertad.** El 66,3% considera que es peor que libertad, el 13,0 % considera que esta igual que en libertad (la disminuido en comparación con 2016) y el 20,7% considera que ha mejorado. La **ideación suicida es mucho mayor en las mujeres** que en los hombres, siendo 21,3 % en ellas y el 18% de los hombres. Los datos indican que las mujeres presentan mayores datos de intento de suicidio dentro de la prisión que los hombres, el 11,3% y el 8,7% de ellos [84].

Entre los condicionantes de la salud como los vinculo y relaciones de apoyo son elementos básicos para **la salud psicológica y mental** de las mujeres privadas de libertad que presentan trastornos de adicciones. La investigadora María del Mar hace un apunte sobre lo que supone la adicción en ellas y en el apoyo familiar: *Pero si se ha confirmado las adicciones de las reclusas como un factor de riesgo hacia la delincuencia, lo cual puede incidir en la recepción de apoyo tras la condena.* (García Vita, 2016, pág. 307). Es decir que el estigma doble de las mujeres con trastorno de adicciones es una losa que la merma del apoyo familiar.

Realidades de las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

- **Situación de exclusión residencial**. Las mujeres supervivientes a la violencia sexual tienen relación con las situaciones de exclusión residencial puesto que la privación de libertad, en algunas ocasiones también ha sido por la restrictiva la movilidad y la residencial. En algunas ONG los recursos para estas mujeres son clave para la recuperación de su autonomía e independencia.

[84] Estos datos han sido recopilados de la presentación de la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias en España, ESDIP. Véase aquí.

Leyes y normativas relacionadas con las realidades estudiadas.

En los perfiles estudiados hay varias legislaciones, planes de acción, así como estrategias que impactan de una manera u otra en ellos. Si es cierto que, de manera global, las leyes y estrategias nacionales que más relacionadas están relacionadas con ellos son:

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) en el plan operativo (2019-2020)

A su vez no podemos dejar de lado los avaneces en materia legislativa que han visto protegidos los derechos de las mujeres, como es la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. A nivel europeo también habría que señalar la importancia del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011) Convenio de Estambul (2011) y sus indicaciones en evitar la violencia sexual y la responsabilidad de los estados en disponer de servicios sanitarios en la asistencia a víctimas: *Las Partes tomarán las medidas legislativas u otras necesarias para que las víctimas tengan acceso a servicios de salud y servicios sociales, que los servicios dispongan de recursos adecuados y que los profesionales estén formados para proporcionar una asistencia a las víctimas y orientarlas hacia servicios adecuados (Artículo 20 – Servicios de apoyo generales).*

Mujeres con trastornos adictivos.

Marco europeo: Plan de Acción UE, Estrategia, y Conclusiones del Consejo.

En el marco europeo existen tres elementos normativos importantes:

- **Plan de Acción de la UE sobre Drogas** (2021-2025), en el cual se recoge prioridades y acciones concretas. La importancia de este plan es la parte de la prioridad estrategia 7, en la cual se desarrolla las intervenciones vinculadas a reducción de riesgo y daños; Entre el desglose de prioridades, se contemplan la continuidad asistencial en materia sanitaria en las prisiones, así como los servicios de libertad vigilada, elaborar medidas preventivas e impedir la entrada de drogas en los centros penitenciarios (Consejo de la Unión Europea. Secretaria General).

- **La Estrategia de la UE sobre Drogas** (Unión Europea, 2021). Como se recoge en el apartado 8 se desarrollan 3 ámbitos para conseguir los objetivos:

- I) Reducción de la oferta de droga: mejora de la seguridad;
- II) Reducción de la demanda de droga: servicios de prevención, tratamiento y asistencia.
- III) Abordar los daños relacionados con las drogas. Asimismo, aborda tres temas transversales en apoyo de los ámbitos de actuación.
- IV) Cooperación internacional.
- V) Investigación, innovación y prospectiva.
- VI) Coordinación, gobernanza y aplicación.

El marco más interesante y relacionado con la presente investigación corresponde las conclusiones del Consejo de la Unión Europea, ***Conclusiones sobre las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas que se producen conjuntamente con otros trastornos de salud mental*** el cual señala problemas sociales como el desempleo, la pobreza y el sinhogarismo (Consejo de la UE, 2023, pág. 4). Además se señala la importancia de determinados contextos sociales: *s a las personas con trastornos duales en situaciones especiales y vulnerables, como los niños, los jóvenes y las personas mayores, las personas sin hogar, las personas de origen migrante o pertenecientes a minorías étnicas, las personas LGBTI, las personas con discapacidad, así como en contextos específicos como las prisiones, la asistencia sanitaria obligatoria o las personas que intervienen en procedimientos judiciales* (Consejo de la UE, 2023, pág. 6).

Marco español: Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024

La Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024 destaca la importancia de la aplicación de la perspectiva de la reducción de daños para la reducción de las infecciones de VIH / VPH. Además, se destaca la importancia de los colectivos más envejecidos de consumidores los cuales presentan especial atención en el ámbito de la prevención y formación a los equipos profesionales. (Plan Nacional sobre Drogas, 2018, pág. 20).

Se destaca la importancia de la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, en todos los programas, investigaciones e intervención y prevención. Se desarrollan áreas de actuación

- **Meta 1: Hacia una sociedad más saludable e informada.**
  - 10.1 Prevención y reducción del riesgo.
  - 10.2 Atención integral y multidisciplinar.
  - 10.3. Reducción de daños.
  - 10.4. Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral.
- **Meta 2: Hacia una sociedad más segura.**
  - 10.5. Reducción y control de la oferta.
  - 10.6. Revisión normativa.
  - 10.7. Cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional.

Mujeres privadas de libertad.

Marco internacional: Reglas de Bangkok

Reglas de Bangkok- ONU (ONU, 2011)

La normativa internacional que ampara derechos humanos de las personas privadas de libertad de denominan **Reglas Nelson Mandela** (ONU, 2015), en el caso de las mujeres, son las llamadas Reglas de Bangkok, las cuales fueron aprobadas en 2011 por la ONU, en pro de proteger y asegurar unas condiciones de vida en prisión adecuadas a las necesidades de las mujeres gestantes, así como a las mujeres con niños/niñas.

Las normas relacionadas con la investigación presente son:

- **Regla 6c:** *El historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos.*
- **Regla 8:** En todo momento se respetará el derecho de las reclusas a la confidencialidad de su historial médico.
- **Regla 9:** *Si la reclusa está acompañada por un niño, se deberá someter también a este a reconocimiento médico, que realizará de preferencia un pediatra, a fin de determinar sus necesidades médicas y el tratamiento, si procede.*
- **Regla 10- b)** Atención de salud orientada expresamente a la mujer
- **Regla 17 g)** Servicios de atención preventiva de salud
- **Regla 24.** Medios de coerción.
- **Regla 32.** El personal penitenciario femenino deberá tener el mismo acceso a la capacitación que sus colegas hombres, y todos los funcionarios que se ocupen de la administración de los centros de reclusión para mujeres recibirán capacitación sobre las cuestiones de género y la necesidad de eliminar la discriminación y el acoso sexual.

En cuanto a las mujeres privadas de libertad embarazadas, lactantes y con hijos en la cárcel

- **Regla 48**
  - 1. Las reclusas embarazadas o lactantes recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa que elaborará y supervisará un profesional de la salud. Se suministrará gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes alimentación suficiente y puntual, en un entorno sano en que exista la posibilidad de realizar ejercicios físicos habituales.
  - 2. No se impedirá que las reclusas amamanten a sus hijos, a menos que existan razones sanitarias concretas para ello.

- 3. En los programas de tratamiento se tendrán en cuenta las necesidades médicas y de alimentación de las reclusas que hayan dado a luz recientemente y cuyos bebés no se encuentren con ellas en la prisión.

- **Regla 49** Toda decisión de permitir que los niños permanezcan con sus madres en la cárcel se basará en el interés superior del niño. Los niños que se encuentren en la cárcel con sus madres nunca serán tratados como reclusos.
- **Regla 54** Grupos minoritarios y pueblos indígenas Las autoridades penitenciarias reconocerán que las reclusas de diversas tradiciones religiosas y culturales tienen distintas necesidades y pueden afrontar múltiples formas de discriminación que les impidan el acceso a programas y servicios que tengan en cuenta su género y cultura. Por ello, deberán prever programas y servicios amplios en que se atiendan esas necesidades, en consulta con las propias reclusas y con los grupos correspondientes.

REGLAS DE APLICACIÓN GENERAL

- Aspectos trasversales a tener en cuenta desde **una perspectiva interseccional.** La incidencia en elaborar planes de intervención y prevención de adicciones, puesto que en las investigaciones llevadas a cabo se ha considerado que hay una prevalencia entre las mujeres privadas de libertad. *Las investigaciones realizadas en un número de países han encontrado han encontrado que una gran proporción de mujeres que entran a prisión son dependientes de las drogas.* (ONU, 2011, Regla 6 (4).
- **Regla 10:** Todas las mujeres tienen derecho a una asistencia médica y tratamiento equivalente a los estándares comunitarios en relación con sus necesidades específicas de género.
- **Regla 33:** Esta regla toma en consideración las necesidades de entrenamiento del personal penitenciario en el tratamiento específico de género y en las necesidades de supervisión de las mujeres presas en orden a asegurar el manejo efectivo y la promoción de la rehabilitación en las cárceles femeninas.
- **Reglas 49-52 → Focalizado en los derechos del Niño.**
- **Regla 54** Los programas que abordan las necesidades específicas de género de internas mujeres miembros de grupos minoritarios o pueblos indígenas, como también sus necesidades culturales, espirituales y religiosas, están ausentes en la gran mayoría de las cárceles.

Según **un grupo de expertas de la ONU** ha realizado un llamamiento *conjunto a todos los Estados y las partes interesadas pertinentes a tomar medidas urgentes para implementar las Reglas de Bangkok a fin de proteger los derechos de las mujeres encarceladas y las que cumplen condenas no privativas de la libertad.* (ONU, 2020). Estas expertas consideran que

con la pandemia las medidas de seguridad para impedir la propagación del virus, han provocado un empeoramiento de la salud porque la suspensión de las visitas de las familias suponía una administración de medicamentos, así como un empeoramiento de la salud mental.

Marco español: Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria y el Real Decreto 190/1996

En el plano español encontramos, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. En la Ley el apartado correspondiente a la cobertura sanitaria es el Capítulo III- Artículo treinta y seis

- **Uno.** En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un Médico Odontólogo y del personal auxiliar adecuado.
- **Dos.** Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios.
- **Tres.** Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las instituciones penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho.

Mujeres en situación de exclusión residencial.

Marco Internacional: ONU-HÁBITAT

En el contexto internacional, desde la ONU se apuesta por una mejora las condiciones de vida focalizando determinantes residenciales como entornos sociales **vinculados a contextos residenciales y habitacionales**, tanto en espacios urbanos o rurales. Las condiciones residenciales ha sido una preocupación por parte de ONU, desde 1979 manifestándose en la creación de ONU-HÁBITAT en el año 1978. Este organismo ha impulsado la creación de la Nueva Agenda Urbana, un documento focalizado en acciones para mejorar las condiciones de vida, **acciones hacia los grupos vulnerables** y en **especial las mujeres**[85]**.** Las condiciones urbanas determinan las oportunidades educativas y sanitarias y con ellas poder acceder y mantenerse en **los itinerarios educativos y sanitarios normalizados**, en este sentido la Nueva Agenda Urbana, sitúa la importancia *de*

[85] Véase el Capítulo Sostenibilidad Social - Equidad de Género. (ONU-HABITAD, 2020, pág. 6)

asegurar el acceso a servicios básicos que respondan a las necesidades y derechos de todas las mujeres y niñas. La Nueva Agenda señala la especificidad de las mujeres y su situación en las ciudades por la violencia de género *promover redes bien diseñadas de calles seguras, accesibles, verdes y de calidad y otros espacios públicos que sean accesibles para todos y libres de delitos y violencia, incluido el acoso sexual y la violencia de género* (ONU-HABITAD, 2020, pág. 5). Para poder lograr el Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la sostenibilidad de las ciudades, se han creado herramientas para poder alcanzar los objetivos de la agenda se realizó un Plan Estratégico 2020-2023

Por último, ONU-HÁBITAT, elaboró un **documento clave** para la consecución del **Derecho a una Vivienda Adecuada** (ONU-HABITAT, 2010) señalando a la **situación específica de las discriminaciones y violencias** que determinan las **trayectorias vitales** que atraviesan las mujeres (ONU-HABITAT, 2010, pág. 19):

- *La mujer a menudo se ve expuesta a la violencia y a un intenso estrés emocional debido a sus estrechos lazos con el hogar y a su papel de ocuparse de la atención de toda la familia*[86]*.*
- *Durante los desalojos pueden* ***producirse agresiones verbales, golpes y violaciones.*** *Tras el desalojo, la mujer* ***suele ser vulnerable*** *a los malos tratos, sobre todo si se ha visto obligada a* ***mudarse a una vivienda inadecuada****, frecuentemente en* ***un asentamiento improvisado****. La falta de* ***protección y privacidad en tales asentamientos*** *puede producir un mayor riesgo de violencia sexual y otras formas de violencia. Cuando las condiciones de la vivienda son inadecuadas, la mujer a menudo se ve afectada de manera desproporcionada.*
- *Se ha determinado que la* ***violencia en el hogar*** *es una causa importante de que muchas mujeres y niños carezcan de un techo, especialmente cuando el sistema legal o los funcionarios encargados de aplicar la ley no ofrecen suficiente protección. A la inversa, el temor de quedarse sin hogar puede obligar a la mujer a continuar una relación opresiva.*

En base a las recomendaciones que explicitan hay tres obligaciones de los Estados para conseguir el derecho a una vivienda adecuada (ONU-HABITAT, 2010, págs. 35-36):

- **Obligación de respetar***: La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de una injerencia directa o indirecta en el disfrute del derecho a una vivienda adecuada.*
- **Obligación de proteger:** *La obligación de proteger exige que los Estados impidan la injerencia de terceros en el derecho a una vivienda adecuada.*

[86] En el propio texto aparece una referencia a este tema: “La política económica y social y sus efectos sobre la violencia contra la mujer” (E/CN.4/2000/68/Add.5).

- **Obligación de realizar:** *La obligación de realizar comporta la exigencia de que los Esta dos adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo que sean apropiadas para la realización plena del derecho a una vivienda adecuada.*

Marco europeo. FEANTSA y la Declaración de Lisboa.

En el plano europeo, es necesario señalar la labor de FEANTSA. La organización a favor de los derechos residenciales, elaboraron un observatorio de los derechos que hacían visibles la criminalización de las personas sin hogar. En 2017 se crea la **Declaración de las Personas Sin Hogar** (Homeless Bill of Rights). En 2021 se aprobó la Declaración de Lisboa sobre la Plataforma Europea (Comisión Europea , 2021) para combatir el sinhogarismo (21 de junio de 2021) 5 objetivos clave:

- Nadie dormirá a la intemperie por falta de un alojamiento improvisado accesible, seguro y adecuado.
- Nadie vivirá en alojamientos improvisados o transitorios más tiempo del necesario para conseguir mudarse a una solución de alojamiento permanente.
- Nadie saldrá de un centro (penitenciario, hospitalario, asistencial, etc.) sin una oferta de alojamiento adecuada.
- Se evitarán los desahucios siempre que sea posible y nadie será desahuciado sin recibir asistencia para encontrar una solución de alojamiento adecuada cuando lo necesite.
- Nadie será discriminado por encontrarse en situación de sinhogarismo.

Este acuerdo propone la disposición de fondos para aplicar medidas inclusivas para combatir el sinhogarismo.

Marco español: Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030

En España se ha desarrollado la Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030, se desarrolla el apartado explicito sobre la salud: garantizar el acceso de las personas sin hogar al conjunto de los sistemas de protección y activación social (empleo, salud y garantía de ingresos), así como a su regularización administrativa (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, pág. 67). Esta estrategia considera entre sus principios el enfoque de género e interseccional, destacando: *las respuestas del sistema de atención a personas sin hogar han de ser sensibles y adaptarse a las necesidades particulares de mujeres, personas LGBTIQ+, inmigrantes y demás grupos poblacionales, en tanto que las desigualdades que viven suponen barreras adicionales para la inclusión, la autonomía y la vida en comunidad.* En 2023 se aprueba el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Dependencia, en el cual se plantea un Plan Estatal de Acceso a la Vivienda 2022-2025 y se acompañará con una estrategia de Desinstitucionalización y desarrollo de *servicios de apoyo comunitarios que avance en la transformación del modelo de cuidados de larga duración y el desarrollo de servicios y apoyos comunitarios centrados en cada persona, que sustituyan al modelo asistencial e institucional en diversos ámbitos.* (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023)

Mujeres supervivientes a trata con fines de explotación sexual.

Marco internacional: y Protocolo de Palermo.

El protocolo de Protocolo de Palermo desarrollado por la ONU en 2011 fue desarrollado en la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional. En relación con la investigación es clave destacar el Anexo III, en el Art6 3.*C c). Asistencia médica, sicológica y material.* En base a la cobertura para satisfacer las necesidades adaptadas a cada víctima se destaca el articulo 4 *la edad, el sexo y las necesidades especiales de las víctimas de la trata de personas, en particular las necesidades especiales de los niños, incluidos el alojamiento, la educación y el cuidado adecuados.*

Marco europeo: Convenio de Varsovia y Directiva contra la trata de seres humanos y Estrategia de Lucha contra la Trata de Seres Humano 2021-2025.

El llamado Convenio de Varsovia del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos, recoge la importancia proteger a las víctimas, encausar a los/as tratantes e indica la necesaria coordinación entre los organismo nacionales e internacionales para prevenir la trata. En la Directiva 2011/36/UE encontramos la obligación de proteger a las víctimas de trata sexual, (apartado 20): *Debe protegerse a las víctimas que ya hayan sufrido los abusos y el trato degradante que suele conllevar la trata de seres humanos, por ejemplo, explotación sexual, abusos sexuales, violación, prácticas similares a la esclavitud o extracción de órganos, contra la victimización secundaria y cualquier nueva experiencia traumática durante el proceso penal.* En esta Directiva se destaca la importancia de no revictimizar a la persona superviviente durante los interrogatorios: *durante la investigación, la instrucción y el juicio mediante, por ejemplo y si procede, la grabación en video de dichos interrogatorios en cuanto sea posible en el marco del procedimiento*.

Marco español: plan integral y marco.

En cuanto a la protección de las mujeres supervivientes de trata en España, llego en 2008 donde se crea el primer Plan integral de lucha contra la trata con fines de explotación sexual 2010. En relación con la cobertura y asistencia sanitaria se encuentra relacionado con el

contenido, se encuentra la implicación de determinados organismos para de sensibilización, prevención e investigación (área I), en concreto protocolos de **detección y denuncia de** situaciones de trata y explotación en el ámbito sanitario (acción 5, objetivo 2, área I), la **formación especializada** de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como el funcionariado del Ministerio del Interior (objetivo 1 y 2). En el Área III Medida de asistencia y protección se hace especial hincapié en información sobre sus derechos y recursos, **la coordinación entre organismos** para poder garantizar la protección e intimidad y crear unidades móviles para la atención a víctimas en circunstancias de aislamiento (objetivo 3, acción 3). Es especialmente llamativo la incidencia que hacen en es proporcionar asistencia jurídica especializada en **su propio idioma** (acción 3).

2010- Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos.

En España, la actuación sanitaria está ubicada en el documento *Anexo al Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el sistema nacional de salud.*

Como actualización en la protección de las mujeres víctimas de trata, se ha elaborado un Plan Operativo que se denomina Plan Camino por el Instituto de las Mujeres.

Enfoques para el abordaje del estudio de la salud sexual y reproductiva.

Modelo biomédico y sexualidad androcéntrica.

Tanto la salud sexual como la reproductiva están sujetas a normas sociales y patrones culturales. Si hablamos de **salud sexual** debemos hablar **de sexualidad humana**; según la OMS es:

> *un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales* (OMS, 2006a).

El deseo desde la visión androcéntrica.

En el ámbito sexual encontramos elementos como el deseo, el consentimiento, el placer y la satisfacción, enmarcados en la visión masculina. Según Pierre Bourdieu, en su obra *La Dominación Masculina* (1999)destaca la importancia de la jerarquización del poder basado en la posición privilegiada del hombre (el *privilegio masculino*). Esta jerarquización social organizar y estructurar las relaciones sociales y sexuales basándose en dos conceptos, la **virilidad** (vinculado al hombre) y la **virginidad**[87] (vinculado a la mujer):

> *La virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza, sobre todo), es fundamentalmente una ‘’carga’. En oposición a la mujer, cuyo honor, esencialmente negativo, sólo puede ser definido o perdido, al ser su virtud sucesivamente virginidad y fidelidad, el hombre «realmente hombre» es el que se siente obligado a estar a la altura de la posibilidad que se le ofrece de incrementar*

[87] La trabajadora social Uxue Gamarra, en su artículo ‘’La virginidad como constructo social’’ desarrolla la idea de virginidad como una presión social y un cierto señalamiento público. Además, destaca la importancia de la diferencia entre los hombres y las mujeres: *No obstante, la realidad es que supone una especial presión, discriminación y sometimiento para las mujeres. Por el contrario, para los hombres, en términos generales, mantener relaciones eróticas con penetración suele suponer una muestra de virilidad y garantía de éxito social.* (Gamarra, s.f.)

> *su honor buscando la gloria y la distinción en la esfera pública.* (Bourdieu, 1999, pág. 39)

Estos conceptos son construcciones sociales que estructuran la vida social y sexual de las sociedades a día de hoy, es por esto que se hace imprescindible tenerlos presente para la investigación y conocer cómo se articulan.

Por otro lado, es necesario hablar de la importancia de las normas sociales y patrones culturales que rodean a la sexualidad humana, fundamentándose en el **modelo androcentrista y heterosexual**, basado en la genitalidad y focalizado en la consecución del deseo sexual masculino (androcentrismo) y en gran parte en el coito (coitocentrismo). La sexualidad en las mujeres se encuentra expuesta a la satisfacción del hombre y en muchas ocasiones este mandato social impacta directamente **en la salud sexual de las mujeres**. En la última encuesta sobre violencia sexual hacia las mujeres (CIS, 2023) encontramos que la obligación de mantener relaciones sexuales no deseadas, aunque se consideren inaceptables, no son del todo punibles. Según esta encuesta, 7 de cada 10 personas afirma que o*bligar a la pareja a mantener relaciones sexuales no deseadas,* es *inaceptable y siempre debe de ser castigado* por ley, sin embargo 2 de cada 10 afirma que, aunque sea *una práctica inaceptable, no debería de ser castigado por la ley.* La obligatoriedad en el mantenimiento de las relaciones sexuales supone un peligro contra la salud, así como las prácticas sexuales que ponen en peligro la salud de las mujeres sin su consentimiento.

En contraposición con esta obligatoriedad se encuentra **el consentimiento femenino**, que es el eje transversal de la Ley de garantía integral de la libertad sexual (2022).

Enfoque de la medicina centrada en el o la paciente.

Si hablamos de **salud reproductiva** es necesario hablar del enfoque biomédico. El enfoque médico se basa en una relación implícita de poder, donde el conocimiento experto soporta la carga de la razón y autoridad. La figura pasiva está focalizada en el o la paciente, según el Doctor Miguel Ángel Suarez Cuba: *El enfoque biomédico convencional ignora a la persona que padece una enfermedad.* Esta mirada autoritaria, se denominaba *"medicina centrada en la enfermedad"* y se está ganando peso la llamada "*medicina centrada en el paciente*": *La Medicina Centrada en el Paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista y ampliando el marco de la Medicina centrada en la Enfermedad.* (Suarez Cuba, 2012).

Los primeros antecedentes que se han detectado han sido en 1974 en el marco de la OMS, sobre *profesionales de la salud* para el tratamiento de la salud sexual (3.3 Capacidad práctica), donde se realizaba **un cierto acercamiento** a esa escucha activa: *es esencial que el profesional de la salud adquiera las aptitudes indispensables en el arte de comunicar y de escuchar.* Según Miguel Ángel Suarez (2012), *el enfoque biomédico convencional ignora a*

la persona que padece una enfermedad. La información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera. Este autor desarrolla una serie de prácticas para poder acercar la visión centrada en el paciente.

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes.
- Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.
- Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad.
- Incorpora la visión del paciente sobre el problema
- Obtiene información que le permite aclarar el cuadro clínico
- Facilita la expresión emocional de los pacientes.
- Proporciona información a los pacientes.
- Hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.
- Consensua con el paciente los pasos a seguir
- Da una respuesta más integral al problema del paciente.
- Favorece la relación médico-paciente, en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte.
- Intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.

En siguiente cuadro resumen tenemos algunas de las características y diferencias entre ambos enfoques basándonos en la bibliografía consultada.

	Modelo biomédico	**Modelo del cuidado centrado en el o la paciente.**
Relación.	Vertical y Autoritaria: doctor/a-paciente	Horizontal.
Toma de decisiones.	Única en el médico/a.	Autonomía de pacientes.
Responsabilidad.	Centrada en el profesional médico.	Compartida.
Razón.	Rol paciente	Decisión informada.

Elaboración propia.

Enfoque de Reducción de daño, el foco en la persona y no la sustancia

Al igual que en la atención sanitaria se observa la contraposición de los modelos biomédicos y aquellos centrados en el o la paciente, en el tratamiento de adicciones se puede encontrar la misma tesitura: al abordaje prohibicionista versus el de reducción de daños. Mientras que el primero centra la atención en la sustancia, evadiendo todas las consecuencias que derivan de su consumo mediante su prohibición, el segundo (RRDD) se enfoca en la persona como alguien con capacidad de agencia [88]. Dentro de la teoría de las capacidades de Amartya

[88]La capacidad de agencia es: *La capacidad de agencia, se refiere a los recursos con los que cuentan las personas para actuar por su propia vida, para definir y conseguir sus objetivos, metas y propósitos, para elegir y*

Sen, la capacidad de agencia junto con otros aspectos definitorios como las capacidades y funcionamiento de las capacidades (Delgado Blanco, 2017).

A pesar de que el paradigma hegemónico es el prohibicionista, es focalizados hacia una serie de sustancias legales -como alcohol y tabaco- y otras ilegales, cuyo consumo está penalizado en algunas de estas; la reducción de daños se abre como paradigma en los años 80 en Europa Central, debido al **fracaso de los modelos prohibicionistas en** la paralización de la expansión de la heroína y el VIH. La **reducción de daños** se define como *todas aquellas políticas, estrategias y programas que tienen como finalidad disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias (sin que reducir su consumo sea necesariamente un objetivo) ya sea a nivel individual, en las familias, en el entorno o de terceros, tanto en el área de tratamiento como en la prevención y reinserción social. Las estrategias de reducción de daños fomentan conductas más seguras, reducen los factores de riesgos prevenibles y pueden contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y de salud entre grupos de población específicos* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, pág. 34)

Desde esta perspectiva, es la propia persona decide de manera autónoma sobre su grado de consumo, pero siempre de forma informada: el consumo de sustancias conlleva una serie de consecuencias que pueden ser tanto positivas (desinhibición, exaltación, felicidad…) como negativas (depresión, pesimismo, violencia…). La reducción de daños trata de que la persona consumidora tome consciencia de las mismas y decida libremente el grado de consumo, teniendo conocimiento de medidas preventivas para evitar la transmisión de enfermedades -como ocurría, en su época, con el VIH-.

De esta forma, se **elimina la criminalización de la persona consumidora** como alguien que comete un delito -el consumo de una sustancia ilegal-, desmitificando la perspectiva de criminalidad sobre la persona con adicciones; la reducción de daños permite entender a la misma como una persona con deseos y múltiples circunstancias que la puedan llevar al consumo, sin que ello implique que deba ser apartado de la sociedad (por la conceptualización como criminal). Se humaniza el consumo y, por lo tanto, se entiende el abordaje de la intervención a través de la toma de decisiones informada.

El abordaje de la intervención se amplía si aplicamos **el modelo multidimensional,** configurado por la persona, la sustancia y el contexto. Respecto a **la persona**, toma un papel como **agente activo** capaz de tomar sus decisiones y ser escuchada. La **sustancia** se aborda desde los riesgos y daños que puede entrañar, pero de forma distinta al prohibicionismo: se otorga información las consecuencias negativas del consumo y las

tomar decisiones, haciendo referencia a la libertad que tiene cada sujeto para escoger un modo de vida que tenga razones para valorar. Las personas tienen la capacidad de elegir la vida que consideren valiosa, esto con el fin de generar satisfacción en su vida y para influir en el mundo con sus acciones. Nathalia Isabel Sánchez Jaramillo y María Camila Vallejo Betancur, en su trabajo '' Desarrollo de capacidad de agencia en jóvenes privados de la libertad en el centro de formación juvenil Valle del Lili. Véase aquí.

distintas formas de prevenirlo. Además, al cambiar la perspectiva sobre la sustancia, también incide de manera indirecta en la persona; no es necesario que la persona esté en los estadios de consumo más agravados, se incluyen también diversas formas de consumo recreativo ligadas al ocio. De esta forma, se aplican conceptos ya existentes en otros campos, como la salud laboral, los accidentes de tráfico o las respuestas a catástrofes naturales (RIOD, 2018). El ámbito de aplicación se amplía así al conjunto de la población.

El último de los elementos del paradigma versa sobre **el contexto:** la persona no puede ser individualmente considerada, es necesario comprender que se integra en una serie de entornos que determinan su consumo, sus percepciones, deseos y experiencias. Entender el contexto en el que se sitúa la persona consumidora otorga las claves para entender las motivaciones del consumo, así como las variables que pueden interceder en el mismo. Ejemplo de ello es la condición socioeconómica, las redes familiares y sociales o variables demográficas como el género. Si bien la reducción de daños facilita la incorporación de la perspectiva de género, es necesario incidir en la misma de manera expresa para entender **su incorporación:** los roles de cuidados de la mujer para otro y no para autocuidarse; circunstancia y mandato que determina un mayor consumo de hipnosedantes -sustancias legales-, mientras que los hombres tienden al consumo de sustancias que entrañan un mayor riesgo, y con carácter recreativo, como la cocaína o la heroína -sustancias ilegales-.

¿Tienen ambos enfoques tiene perspectiva de género?

La **falta de perspectiva de género en la medicina** ha hecho que el conocimiento y la detección de enfermedades, así como los diagnósticos sean incompleto e incorrectos. La predominancia del modelo androcéntrico en la medicina ha propiciado auscultaciones y diagnósticos desde el conocimiento formado a partir del cuerpo masculino, haciendo que todas aquellas enfermedades y problemáticas propias de las mujeres -como la endometriosis o la fibromialgia- sean expulsadas del cuerpo de conocimiento científico. Hasta que al cuerpo de la mujer no se le asigna, desde el punto de vista médico, diferencias y relevancia respecto al cuerpo del hombre no emerge el estudio específico de aquellas problemáticas y enfermedades que sufren las mujeres.

Si nos centramos en las mujeres y sus ciclos biológicos, las prácticas obstétricas se han intentado alejar de **este paradigma médico autoridad**, el cual es un modelo jerarquizado y autoritario, y se caracteriza principalmente por la ausencia de escucha a la paciente y la comunicación de prácticas médicas. Retomando la perspectiva basada en el paciente, algunos autores señalan que **la medicina centrada en las pacientes,** es imprescindible tener presente esa postura para mejorar la asistencia, señala que se valora como mejorable la atención si opta por varias medidas (González Dariasa & Escuriet Peiró, 2022) : *promover la formación continua de profesionales en prácticas respaldadas por la evidencia científica, garantizar el requisito del consentimiento informado para cualquier intervención, actualización obligatoria de protocolos hospitalarios de forma periódica y planes de salud*

autonómicos que incluyan medidas para la mejora de la salud sexual y reproductiva, transparencia en los datos e información relacionada con la atención a las mujeres, así como destinar los recursos suficientes para una mejora de la atención al parto de acuerdo a la evidencia existente.

Las autoras, Zoraida De La Rosa Várez, María Teresa Rivas Castillo, Jose Ángel Teba López, han recopilado algunas preguntas clave para poder responder y conocer si se ha vivido violencia obstétrica, un ejemplo es durante el parto y las posibles faltas de información:

- *¿Hubo una correcta comunicación entre los profesionales que le asistieron el parto y usted?*
- *¿Utilizaron para comunicarse exceso de palabras técnicas que usted no entendía?*
- *¿Le permitieron decidir libremente sobre el proceso de su parto*
- *Si ocurrió alguna urgencia en su parto, ¿la atendieron con la suficiente rapidez?*
- *¿La separaron en algún momento de su recién nacido? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cree que fue necesaria esa separación?*
- *¿Respetaron el ritmo de su parto o sintió que los profesionales tenían prisa porque usted pariera?*
- *¿Le permitieron estar acompañada de la persona de su elección?*
- *¿Le realizaron prácticas sin informarla adecuadamente?*
- *¿Respetaron su intimidad?*
- *¿Sintió en algún momento abandono por parte de los profesionales o ignorancia de sus necesidades?*
- *¿Le faltaron al respeto con comentarios despectivos o un trato cruel?*
- *¿Sintió que la trataban como a una niña?*
- *¿Sintió un trato hostil con gritos o humillaciones?*
- *¿La culparon por algún resultado negativo del parto?*
- *¿Le fue difícil preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?*
- *¿La obligaron a quedarse en la cama impidiéndole caminar o cambiar de posición según su necesidad?*
- *¿Le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento y sin explicarle por qué eran necesarios?*
- *Uso de oxitocina para acelerar el parto. - Administración de sedantes. - Rasurado de genitales. - Enema. - Rotura artificial de bolsa. - Tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas. - No le permitieron ingerir líquidos. - Compresión de abdomen en el momento de los pujos (maniobra de Kristeller). - Episiotomía. - Cesárea. ¿Le permitieron elegir la posición en el momento del parto?*

Enfoques aplicados y perspectivas transversales aplicadas en el análisis.

Los resultados obtenidos de la presente investigación han sido categorizados, estructurados y analizados en base a dos enfoques clave, el enfoque de derechos y la perspectiva interseccional. Disponer de estos dos instrumentos de enfoque combinadas ha posibilitado el acercamiento una **visión integral y complementaria** acerca de la salud sexual y reproductiva de los perfiles alcanzados de mujeres.

Enfoque de derechos humanos

El **enfoque de derechos humanos** es un enfoque con origen en la cooperación internacional, y es considerado como *un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el*

punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. (ONU, 2006, pág. 22). El principal ejercicio es la atribución de estos derechos a las personas y con ello reconocer quienes son los *titulares* de esos derechos humanos.

Partiendo de la base que **los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos,** el análisis ha sido estructurado en base al desglose de los derechos sexuales y reproductivos enumerados en la Asamblea de la Asociación Mundial de Sexología de (Valencia) y la Federación de Planificación Familiar SEDRA.

El ejercicio de la titularidad de derechos sexuales y reproductivos se focaliza en el acceso al Sistema Nacional de Salud, así como a las barreras o impedimentos que puedan identificarse o que aparezcan ocultos o invisibles. Además, el derecho a la asistencia sanitaria, un trato médico digno, así como asegurar y permitir el mantenimiento de los tratamientos médicos, se tienen que tener cuenta bajo los criterios **la toma de decisiones informada**. Por otro lado, es importante señalar que la **titularidad de derechos** se alinea con la **toma de decisiones** de las mujeres bajo el **principio de libre elección informada**.

En el documento de la ONU, *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo* (ONU, 2006), destaca la importancia no solo de mejorar el acceso a derechos de los titulares de derechos si no promover el enfoque de deberes, es decir prácticas e impulsar **la rendición de cuentas** para que los organismos encargados en la promoción del alcance de los derechos se evalúen y puedan mejorar las barreras de acceso: *Un enfoque basado en los derechos humanos identifica a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, y a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.* (ONU, 2006, pág. 15). El **trabajo de manera unificada** por ambas partes es parte de la fortaleza de este enfoque de derechos: *Identificar a los primeros, junto con sus derechos, y a los segundos, con sus correspondientes obligaciones, y trabaja por el fortalecimiento de la capacidad de los* ***titulares de derechos para reivindicar éstos****, y de los titulares de deberes* ***para atender sus obligaciones****.* (ONU, 2006, pág. 37)

Perspectiva interseccional

La incipiente aplicación e interés por parte de la comunidad científica de disciplinas relacionadas con las ciencias sociales sobre la perspectiva interseccional, ha revelado la importancia de **tener presente un continuo cuestionamiento epistemológico** sobre el foco de las investigaciones sociales. construcción de categorías sociales como la raza, el género, la edad se situarán como privilegios o como desventajas dependiendo de las situaciones sociales, el análisis de un eje en base a si es privilegio o desventaja tienen que ser tras el **análisis holístico en relación con los demás**, no vale considerar que la edad juega en desventaja si no se valora por ejemplo el **contexto rural o urbano**. La abogada Kimberle Crenshaw fue quien aplicó por primera vez el concepto intersección tras analizar varias situaciones de desigualdades que sostenían las mujeres

trabajadoras negras en el fábrica de General Motor: *Con esta noción, Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, buscaba crear categorías jurídicas concretas para enfrentar discriminaciones en múltiples y variados niveles* (Viveros Vigoya, 2016, pág. s.n). Más tarde numerosas teóricas han teorizado desde el feminismo esta óptica inclusiva, como Ángela Davis o Patricia Hill Collins.

Según Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo: La interseccionalidad es una **herramienta analítica** para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio (2004, pág. 1). Realizar un análisis con la interseccionalidad conlleva a pensar que las categorías analíticas no son superpuestas o tienen capacidad aditiva o sumatorias, tienen que ser **analizadas de manera específica y concreta,** al hilo que señalaba Carmen Romero Bachiller que apuntaba la ponencia ‘’Interseccionalidad y Feminismo’’ (Romero Bachiller, 2015): *pensar la interseccionalidad como ejes conlleva el problema que se tiende a identificar que estos ejes de opresión tienden a converger de tal forma que en la convergencia se multiplicarían de forma aditiva*. Esta autora considera que ***hay cierto error en la visión aditiva durante la convergencia de ejes*** y responde a una *lógica pegajosa*. Es decir que existe una tendencia a pensar **que se suman los ejes** y esto corresponden a una mayor o menor situación de desventaja, esto tiene que ver en cierta manera con la visión cuantitativas de la sociedad y de las corrientes positivistas.

En el presente estudio la perspectiva interseccional partiría de considerar esos ejes desde una **forma analítica y cualitativa,** alejándonos de las lógicas aditivas y simplistas. De hecho, el esfuerzo por aplicar esta perspectiva incide en especial hincapié en las situaciones, el momento y las condiciones de vida de las mujeres. Esta perspectiva adherida en el estudio conlleva incorporar una **lógica dinámica de los ejes de opresión y privilegio.**

Una vez explicado este matiz sobre el enfoque nos queda plantear las múltiples dimensiones que pueden darse en el análisis. La edad, el estado de salud, las condiciones económicas, no se articulan de manera estática, como elementos de desventaja. A lo largo de las vidas y según el momento en el que emerjan determinadas categorías sociales, estas se saturan en un lado del eje u otro. Por ello el presente **análisis con perspectiva interseccional, tendrá en cuenta el carácter dinámico de las categorías sociales en las trayectorias vítales:** *¿Es para una mujer gestante que se encuentra en situación de calle una situación de privilegio el poder tener prioridad en las plazas? ¿Presentan los protocolos de atención sanitarios criterios de discriminación aporofóbica? ¿Se presentan el consumo activo de sustancia como una desventaja a la hora de la asistencia sanitaria?*

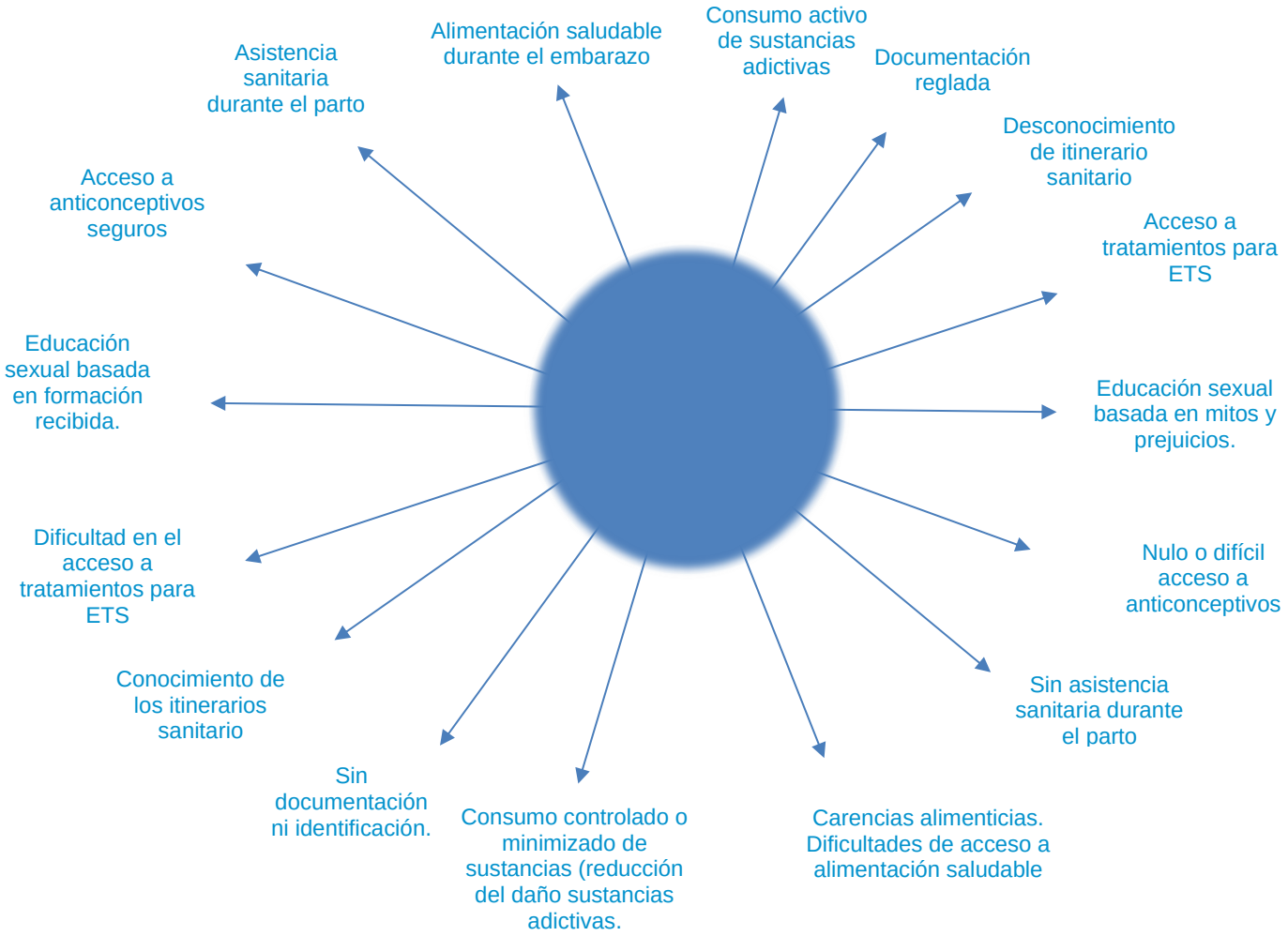
En el análisis se estudiará la profundidad **el enfoque positivo de la sexualidad** a lo largo de alguno de los derechos como es la educación sexual, la comunicación entre profesionales y pacientes y sobre todo la trasmisión de valores de no discriminación y violencia. Por otro lado, parte del análisis de la situaciones y condiciones de salud sexual de las mujeres en riesgo o en exclusión social se

basan en el enfoque sobre **los posicionamientos de la reducción del daño** y el **paralelismo con la medicina focalizada en el paciente**.

En general, a lo largo de la **investigación** se han nutrido de enfoques y **posicionamientos éticos** en la intervención social y sanitaria, como puede son:

- El principio **libre elección informada** y **titularidad de derechos**.
- El posicionamiento de **un enfoque positivo de la sexualidad.**
- Enfoque de **reducción de daño** y el enfoque basado en la paciente.

Algunos de los **ejes de situaciones antagónicas que puede suponer situaciones de privilegio o de opresión** se han detectado para el abordaje de la investigación son:



Enfoque de necesidades de género e intereses estratégicos para el análisis.

En la presente investigación se **intenta conocer cuáles son las necesidades prácticas e intereses estratégicos**. Los intereses estratégicos de género son indicadores que contribuyen desde hace décadas a la mejora y evaluación de las situaciones de las mujeres en el mundo. Según su definición**, los intereses de género** se diferencian entre los intereses estratégicos y las necesidades prácticas, según el Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*: En contraste, los intereses prácticos de género se formulan a partir de las condiciones materiales concretas en que viven las mujeres, como consecuencia de su ubicación dentro de la división genérica del trabajo. A diferencia de los estratégicos, los intereses prácticos son directamente formulados por las propias mujeres que viven dichas condiciones y no requieren de intervenciones externas; responden a la percepción de una necesidad inmediata, generalmente asociada a las funciones de madre, esposa y responsable del bienestar familiar (ver género, roles de), y no entrañan cambios radicales tales como la emancipación de las mujeres o la igualdad entre los géneros.* Los intereses **estratégicos de género** se basan en la dominación masculina, y se suelen identificar, como el control masculino, acceso restringido a recursos económicos, sociales o políticos. Según este diccionario: *los intereses prácticos de género se formulan a partir de las condiciones materiales concretas en que viven las mujeres, como consecuencia de su ubicación dentro de la división genérica del trabajo* (Murguialday, 2006)

Metodología

La metodología de la presente investigación se divide en 3 fases. La primera es la fase de documentación sobre los marcos legales e históricos, así como datos de corte estadístico clave que han permitido:

- Realizar **análisis cronológicos sobre el recorrido de** los derechos sobre salud sexual y reproductiva en organismos internacionales. Esta documentación también plasma conocimiento sobre la legislación sobre salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
- La documentación para recopilar las estrategias sobre información, atención y sensibilización en cuanto a salud sexual y reproductiva.
- Dimensionar determinadas realidades desde el campo de la estadística.
- Obtener información sobre salud sexual y reproductiva entre los perfiles de mujeres en riesgo o en exclusión social: mujeres privadas de libertad, mujeres con adicciones y mujeres en riesgo de exclusión residencial y mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

La siguiente fase es diseño es la técnica cualitativa. Para ellos se han realizado guiones con **las preguntas clave** para poder poner en común las condiciones de vida y de salud, así como una segunda parte de la **detección de necesidades e intereses estratégicos.**

En la metodología se ha podido entrevistar de cada perfil equipos profesionales de diferentes tipos de recursos y localizaciones. Por otro lado, se ha accedido al testimonio de mujeres participantes de los programas y recursos. En el caso de mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual ha sido un poco más complicado, finalmente impidiendo la realización de un grupo con este perfil exclusivamente.

CAMPO DE TRABAJO CUALITATIVO

Total personas profesionales	**51**
Total mujeres participantes	**15**
Total de personas implicadas en la investigación	**66**

Elaboración propia

Los siguientes cuadros resumen pertenecen a las estructuras de trabajo de campo cualitativo de cada uno de los perfiles de las mujeres en riesgo o en exclusión residencial.

COLECTIVO DE MUJERES CON TRASTORNOS ADICTIVOS, CONSUMOS ACTIVOS Y EN PROCESOS DE DESHABITUACIÓN EN PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO, COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y UNIDADES MÓVILES.

	Localizaciones y recursos.	N.º	Personas participantes y perfiles
PROFESIONALES	Andalucía - Córdoba y Sevilla Comunidades terapéuticas específicas de mujeres Fundación EMEL Arco Iris Andalucía - Córdoba Comunidades terapéuticas específicas de mujeres Instituto Mia- Grupo Guadalsalus	2 entrevistas individuales	**2 profesionales** 1 Psicóloga 1Trabajadora social
	C. Madrid-Madrid CAD de San Blas SOL (Servicio de Orientación Laboral a personas con adicciones) Fundación Atenea	1 grupo de discusión	**4 Profesionales** 1 Médica 1 Enfermera 2 Trabajadora social
	C. Madrid-Madrid Equipo de unidad móvil "Equipo Madroño" Ayuntamiento de Madrid	1 grupo de discusión	**3 profesionales** 1 Médico 1 Educadora social 1 Trabajadora social
PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DE ADICCIONES	C. Madrid Procedente de Servicio de Orientación Laboral-Ayuntamiento de Madrid CTA (Centro de Tratamiento de Adicciones) Comunidad de Madrid	1 entrevista semiestructurada 1 grupo de discusión	**6 participante en total**

COLECTIVO DE MUJERES EN DIFERENTES SITUACIONES DE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL

	Localizaciones y recursos	Nº	Personas participantes y perfiles
PROFESIONALES (21)	C.Madrid-Madrid Proyecto Luciérnagas de mujeres sin hogar y violencia sexual - Fundación Luz Casanova	1 grupo de discusión	**3 profesionales** 1 Trabajadora Social 1 Educadora Social 1 coordinadora
	Andalucía-Granada CEA (Centro Municipal de Encuentro y Acogida con enfoque de reducción del daño). Horario diurno. Centro de Personas Sin Hogar. Horario nocturno.	2 grupo de discusión	**8 profesionales en total** 1 Coordinadora del servicio. 5 Educadoras sociales 6 Integrador Social
	Andalucía-Sevilla CEA (Centro Municipal de Encuentro y Acogida). Horario diurno. Centro de Personas Sin Hogar. Horario nocturno	1 grupo de discusión	**3 profesionales en total** 1 Coordinadora 1 Psicóloga 1 Educadora social
	Andalucía-Cádiz Equipo PSH	1 grupo de discusión	**7 profesionales en total** 1 Coordinadora 1 Psicóloga 1 Integrador social 1 Trabajadora social 3 Monitores

PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL	Andalucía-Cádiz Participantes del recurso para personas sin hogar	1 grupo de discusión	**6 participantes**

COLECTIVO DE MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD

	Localizaciones y recursos	**N.º**	**Personas participantes y perfiles**
PROFESIONALES	Madrid Centro penitenciario de Aranjuez (Madrid IV). Módulo de familias y madres. Programa Ariadna (Fundación Atenea)	2 Entrevistas semiestructuradas	**2 participantes** 1 Trabajadora social 1 Enfermera
	Madrid Centro penitenciario Madrid I Especifico de mujeres. Programa Ariadna (Fundación Atenea)	3 entrevistas semiestructuradas	**2 participantes** 2 Trabajadora social 1 Enfermera
PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN SITUACIÓN DE PRIVACIÓN EN LIBERTAD	Madrid Centro penitenciario de Aranjuez Programa Ariadna (Fundación Atenea)	1 grupo de discusión	**3 participantes en total**

COLECTIVO DE MUJERES SUPERVIVIENTES DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL.

	Localizaciones y recursos	**Nº**	**Personas participantes y perfiles**
PROFESIONALES	Diferentes C.Autónomas Madrid, Jerez, Lugo y Tenerife Programa de lucha contra la trata de (Diaconía) trabajan con mujeres PVTSH solas o con hija/os a cargo, dentro del Sistema de Protección Internacional y centro de atención integral a mujeres (sin recurso habitacional).	1 grupo de discusión	**10 participantes** 6 Trabajadoras sociales 1 Integradora Social Educadora Social 1 Psicóloga 1 Mediadora

COLECTIVO DE MUJERES EN RIESGO O EN EXCLUSIÓN SOCIAL.

	Localizaciones y recursos	**Nº**	**Personas participantes y perfiles**
PROFESIONALES	C. Madrid – Madrid Programa de Salud Sexual y Reproductiva Programa de Desigualdades Sociales en Salud	1 grupo de discusión	**10 participantes**

Los determinantes sociales particulares de la salud de las mujeres en riesgo de exclusión social.

Existe cierto alineamiento entre algunos **determinantes sociales de la salud** relacionados con los perfiles y las específicas **condiciones de vida y salud.** Las condiciones de vida de las mujeres en riesgo de exclusión social presentan condiciones **específicas y compartidas** puesto que los determinantes de la salud se encuentran interrelacionados. Estas específicas **condiciones de vida tienen relación con la especial incidencia de alguno de los ámbitos de exclusión social**, por ejemplo, exclusión residencial como pueden ser las malas condiciones de la vivienda o los periodos de pernocta en el espacio público durante la situación sin hogar afecta de manera directa a las condiciones de salud física.

Sin embargo, los **procesos de exclusión son múltiples** y definen condiciones de vida y de salud **específicos y complejos**. La **exclusión social como proceso multifactorial** hace que en las personas incidan **diferentes ámbitos de exclusión social entrelazados** provocando condiciones de vida muy específicas. Un ejemplo de ello es el proceso de recuperación de adicciones en mujeres privadas de libertad que determina sus condiciones de vida y sus determinantes de la salud o las condiciones de salud tras haber vivido en situación de calle con un proceso adictivo.

De manera homogénea los **procesos de cronificación de la pobreza**, exclusión social y las malas condiciones de salud y de vida de las mujeres en riesgo de exclusión provoca que ellas mismas **normalicen la situación de malestar crónico** incluyendo la enfermedad.

> *Las personas que están en situación de exclusión social el malestar suele estar presente, entonces hay mucho malestar **que tú no eres capaz de asociar** o de definir a que puedas estar enfermo o enferma, sino que forma un poco parte de que te encuentras mal (…) cuando tu situación vital ya genera un malestar casi crónico es muy difícil identificar que puede haber sintomatología de otros malestares físicos, porque ya estás mal.*
>
> ***Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar***

La **cronificación del malestar físico** hace que **la autoidentificación de infecciones o patologías**[89] enfermedades sea nula por parte de las mujeres. Las condiciones de salud de las mujeres en situación de exclusión social son a veces compartidas por los diferentes perfiles estudiados, por ejemplo, las diferentes barreras en el acceso al sistema sanitario público español presenta limites administrativos similares.

[89] La diferencia entre una infección y una enfermedad residen en que la enfermedad es consecuencia de una infección y provoca una consecuencia dañina en las células del organismo. *Gérmenes: infórmate y protégete contra las bacterias, los virus y las infecciones*. Clinic Mayo. Véase aquí.

El género como determinante de la salud, se encuentra interrelacionado con los **diferentes tipos de violencia de género** que aparecen **constituyen un eje transversal en las vidas de las mujeres en riesgo de exclusión**. Las VG's impactan en las condiciones de vida catalizado en trastornos de adicción, empeoramiento de situación residencial, posibles estancias de privación de libertad y/o situaciones de trata con fines de explotación sexual. Las VG's escasas veces son inhibidoras de los riesgos de exclusión social[90]. Así mismo la exclusión social de las mujeres es muchas veces resultado de estas violencias de género y así mismo incrementa exponencialmente el padecimiento de todo tipo de violencias, como, por ejemplo, las económicas o institucionales.

[90] Con esto se quiere decir que es difícil la presencia de algún tipo de violencias de género sea en cierta manera protectora de una situación de sinhogarismo, trastorno adictivo, privación de libertad o trata con fines de explotación sexual.

Resultados

Una vez hemos realizado una **aproximación contextual de los determinantes sociales de la salud que afectan las condiciones actuales de vida y salud**, en las siguientes páginas se muestran los resultados obtenidos a través del análisis de las entrevistas, complementándolo con documentación de fuentes secundarias. Las **condiciones de salud** están íntimamente ligadas estos contextos sociales e institucionales relacionados con los perfiles de mujeres estudiados. En ese apartado aparecerán **temas específicos** de algunos perfiles (como la salud materno-infantil), y **temas compartidos**, como por ejemplo la salud mental.

En lo referente a **los derechos sexuales y reproductivos y su grado de vulneración desde una perspectiva interseccional**. Cada uno de los derechos se desgranará por perfiles las situaciones concretas. Se expondrán los resultados de las entrevistas especificando cuales son las condiciones de salud en cuanto a la salud sexual y reproductiva. En la parte final se recoge un cuadrante **que contiene los elementos de protección y factores de riesgos** de empeorar la salud sexual y reproductiva, detectado de manera homogénea en los perfiles de estudio.

Como se ha querido trasmitir en este estudio, los derechos están interrelacionados entre ellos y con las realidades, es por esto que se ha realizado un gran esfuerzo de **síntesis, clasificación** y **jerarquización de temáticas** para facilitar la comprensión de la persona lectora.

Análisis de derechos sexuales y reproductivos.

1 El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.

¿En qué lugar se encuentra la salud sexual y reproductiva?

> **''Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud incluyendo la salud sexual.''**
>
> (World Sexual Health, 1997)

El grado de salud máximo alcanzado está medido por la importancia subjetiva, institucional o profesional, es decir, desde las propias mujeres, las instituciones y en los propios equipos profesionales. La salud sexual y reproductiva es a menudo valorada **como inexistente, residual o secundaria**, solo capta interés e importancia en algunos casos cuando las mujeres están en estado de gestación o presentan aun tipo de ETS/ITS.

Percepción subjetiva y relacional de la salud sexual y reproductiva.

El **lugar de la salud a nivel general** esta mediado por la falta de priorización de las propias mujeres. Entre las profesionales entrevistadas se destacaba que la propia salud a nivel general se tiene en un según plano por la situación de dependencia. La salud sexual entra en un plano inferior.

> *Durante la época en que **están consumiendo lo que sí vemos** aquí es que dejan totalmente **abandonada la salud médica,** entonces hemos tenido pacientes con enfermedades **crónicas que no hacían los seguimientos(…)** te hablo de mujeres con enfermedades como **una diabetes**, totalmente abandonada en ese sentido, pero no porque hayan tenido un mal trato de los médicos, sino porque ellas dejan eso totalmente abandonado. Cuando llegan aquí sí que lo demandan.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres.**

Para las mujeres privadas de libertad, es durante los estados de gestación cuando la salud sexual y reproductiva, se pueden llegar a situar en un estadio más importante.

> *M: A no ser que estén **en el proceso de ser mamás,** supongo que está en alguno de los últimos puestos.*
>
> *C: En los últimos lugares, sí, yo creo que ni se acuerdan.*
>
> *M: Otra cosa es cuando están embarazadas, que empieza a preocuparles y a decir "Jo, es que no me quiero ver el médico".*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

La importancia se reduce y gana prioridad otros aspectos de su vida, como el cuidado de hijos/as, el lugar de la salud sexual y reproductiva en las mujeres en riesgo de exclusión **suele ser secundario**. El caso de algunas mujeres en riesgo de exclusión residencial ellas priorizan garantizar ingresos para la alimentación de sus hijos/as que su propia salud.

> *Lo que para una profesional es importante que es que **acudas a tus citas**, que vincules **con el sistema sanitario**, que vayas a todas las revisiones; bueno, si tú estás en modo supervivencia puede ser que esa no sea tu prioridad, ni sea tu interés. Eso es como un trabajo previo para que tú detectes, identifiques lo importante que es la salud, **lo importante que son las revisiones**, lo importante que es **llegar al sistema sanitario**, etc., etc., porque para muchas mujeres esa **no es su prioridad,** si yo no sé lo que voy a comer, si no sé **lo que va a comer mi hijo** o mi hija y no sé si mañana me van a echar en el sitio en el que estoy, **ir al médico que van a dar a cita dentro de tres meses**, no está en mis demandas.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar.

La asistencia sanitaria no es priorizada por parte de las mujeres supervivientes de Trata con fines de explotación sexual (a partir de aquí, se abordará como TFES), se encuentran más centradas en el alcance de su autonomía, por ello la asistencia a formación y capacitación, para alcanzar un trabajo en condiciones dignas en la actualidad es prioritario antes que asistir a una cita médica. La falta de priorización de la salud tiene que ver con una **cronificación del malestar del dolor, en concreto salud mental.**

> *Priorizan mucho el trabajo y cualquier formación o taller que tengamos que dar que no tenga que ver con algo que directamente, nuestro caso por ejemplo les va a facilitar esa autonomía, cuesta un poco y **ellas pueden tener como dolores** que se ven reforzados también por su puesto de trabajo y no ir al médico y que eso se mantenga.*

Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFES

La percepción subjetiva de la SSR se considera en último lugar por una cuestion de autoestigmatización y autoculpabilización debido a las viviencias traumaticas provocadas por la **violencia sexual.**

> *-¿QUÉ VALOR CONSIDERAS QUE LE DAN ELLAS A LA SALUD SEXUAL DENTRO DE LA SALUD?*
>
> *-Pues yo creo que poca, la verdad. Creo que para ellas tiene un valor muy especial por las situaciones (…). Yo creo que para muchas mujeres es inexistente, o sea inexistente. Partimos de esto que seguramente habéis comentado al principio, todo lo que está relacionado con nuestra sexualidad genera mucha vergüenza y mucha culpa.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

La falta de **autocuidado y la baja autoestima** es significativo y repercute en la priorización de la asistencia sanitaria, priorizar dinero o sustancia supone antepone el cuidado sociosanitario en materia de SSR. Además ,tambien se encuentra mediada por una cuestion relacionadas del contexto de vulnerabilidad y desiguales sociales, las cuales contribuyen a infravaloran la SSR.

> *Ni te cuento las chicas de Marconi, ¿no? que son trabajadoras sexuales, en un estadio del trabajo sexual terrible, entonces aquí no hay salud sexual que valga. (…) Sin duda la última de lo último, vamos, muy alejada de las prioridades y de la preocupación, no solo de ellas mismas sino de su entorno, de por supuesto **sus parejas,** sí, está muy lejos.*

Unidad Móvil de AdiccionesAyuntamiento de Madrid

El valor o importancia de la salud sexual esta relacionado con aquellos procesos de **desafiliación social o movilidad social descendentes**. En el caso de las mujeres en riesgo de exclusión previamente han vivido en una situación normalizada, la importancia sobre la salud sexual y reproductiva es relevante.

> *De hecho se nota bastante en algunos temas en concreto, porque la gran mayoría vienen de **familias desestructuradas**, pero también hay otro porcentaje pues que no, que vienen incluso **de familias de un estatus alto** y ahí sí se nota que **hay otra concepción**, pues del tema higiene, del tema sexual, del tema respeto, imagen, esta ropa no me gusta o sí me gusta.*

Centro de acogida y encuentro

El lugar de la SSR en la cobertura sanitaria e intervención desde las instituciones.

La posición de la salud sexual y reproductiva en la vida de las mujeres en riesgo de exclusión social desde las instituciones sanitarias, es considerado por algunos equipos profesionales como el último lugar **debido a una cuestión de enfoque asistencial** de los propios servicios e instituciones sanitarias y sociales. La SSR ocupa un plano secundario por **la formación escasa** que tienen los equipos profesionales, y por ser a día de hoy todavia **sea un tema tabú o privado**. En comparación con las otras áreas de la salud el lugar de la SSR no es considerado prioritario hasta por el equipo profesional de intervención social.

> *-TS1: Sí, yo también pienso que **no es un tema prioritario en adicciones**, aunque se puede trabajar y se trabaja, pero no es **un tema central**, no lo sé, ¿no?*
> *-TS.2: No, hombre, **central no es.***
> *-M: Importante sí.*
> *TS.2: Pero yo creo que es importante y que es una parte bastante, o sea para mi gusto **cojea.***
> *-TS.1:Es que yo creo que **cojea a nivel general,** quiero decir, porque estoy pensando cojea en **violencia de género en los recursos de violencia,** cojea **en personas sin hogar**, cojea en servicios sociales, es un tema que cojea porque no tenemos **la formación** ni siquiera las que estamos, hablo de lo social ¡eh! las que estamos aquí, no se da una buena educación sexual en los institutos, no se ha dado una buena educación sexual cuando tú vas a tu ginecóloga, yo sigo yendo y tengo que preguntar cosas y tengo que decir pero esto que está pasando, y tengo que imponerme y tengo que leer.*
> *-E: En mi experiencia también cuando he trabajado de enfermera de hospital, es un área en el que **pasas de puntillas un poco**, yo creo que por **vergüenza de todas las partes**, de los profe…, a ver, no es que sea vergüenza, pero como que va lo mejor…*
> *-TS.2: Que **no lo tenemos tan naturalizado,** no es una parte que digamos esencial, me refiero a, yo como persona usaría que va a hablar con la doctora y yo como persona que atiendo, no creo que sea un área que tengamos en la cabeza tan prioritaria como pueden ser otras en general.*

Centros de Atención a las Adicciones

Los recursos de intervención especializada como es el caso del CAD (Centro de atención a las adicciones) afirman **una falta de priorización del abordaje de la SSR** teniendo que derivar a recursos más focalizados en SSR, en este caso a Centros Municipales Sanitarios (CMS) del Ayuntamiento de Madrid.

En el caso de las mujeres privadas de libertad la posición secundaria de su SSR viene adscrita por el **funcionamiento de la propia institución**. Si el centro tiene incorporado el servicio sanitario de ginecología o enfermería no habrá tantas dificultades, el problema derivará cuando estos servicios no se encuentran integrados en el centro penitenciario e implique una salida o derivación a los centros de salud u hospitales de referencia[91].

En concreto, esto último, implica que **los protocolos de salidas al exterior tengan perspectiva de género**, puesto que, hay aspectos como el cuidado de los niños y niñas si están en el módulo de madres que suponen un obstáculo. Dejar a los niños/as en el centro durante la salida, supone un freno para la consulta médica externa. Según, los testimonios dejar a su hijo en el centro penitenciario mientras se encuentran en una consulta externa **generaba desconfianza** y **cierto desconcierto e inseguridad** puesto que la duración de las salidas suele ser incierta [92] al ir más de un interno/a en la conducción. En un caso, la interna testimoniaba que tenía un papiloma diagnosticado, *que se le salía y que estaba sin tratamiento;* y ella priorizaba la estancia con su hijo en prisión antes que dejarlo *solo* en prisión durante una consulta externa. Gran parte de este problema procede de la **falta de exclusividad y especialización de la institución**, si es un módulo dentro de un centro penitenciario de hombres o es un centro de penitenciario de mujeres exclusivamente, este último facilitará el acceso a servicios exclusivos de mujeres como es ginecología o medicina obstétrica.

En última estancia, el lugar de la SSR en la asistencia sanitaria dependerá de la incorporación de la perspectiva de género, y en concreto la adaptación del centro penitenciario a las **necesidades específicas de la salud de las mujeres**. Si la cobertura en la asistencia médica no es satisfecha e implica una decisión, entre la asistencia a una consulta ginecológica o el cuidado del niño, las internas priorizarán en último lugar el cuidado de su hijo/as.

Por parte de los equipos profesionales de intervención se considera que existe una infravaloración **desde el sistema sanitario nacional** con respecto a la salud menstrual y los posibles problemas derivados de los ciclos menstruales. En el siguiente fragmento se desvela el caso de una mujer que estando de **baja por anemia**, si no llega a ser por la intervención del equipo de trabajadoras sociales no se hubiera derivación a la especialidad de ginecológica.

> *Nos estamos encontrando **esa falta de sensibilidad** por parte del equipo médico que la están llevando, **que le está renovando baja**, pero no estamos viendo que haya un llamamiento, que haya un diagnóstico o que se vaya a ver por qué hay esta anemia por*

[91] Las salidas al exterior del centro penitenciario suelen llamarlas conducciones.
[92] Este testimonio fue recogido en el centro penitenciario Madrid VI, en concreto en el módulo de madres.

> *qué está ocurriendo esta situación. (…) Nosotras **hemos tenido que intervenir ahí** y hablar con el médico **de cabecera y preguntar** qué es lo que está pasando aquí, por qué hay esta anemia, por qué esta anemia se está prolongando, ya **lleva seis meses**, tendremos que ver cuál es la causa. (…) Es un tema que no se le está dando **quizás la suficiente importancia, tiene una anemia**, le damos hierro, le damos baja y vamos viendo a ver qué sucede, si se recupera **de la anemia.***
>
> ***Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFES***

La infravaloración de los problemas derivados de la menstruación por parte de los equipos sanitarios, hace que las **mujeres normalicen situaciones** como puede ser **irregularidades de los periodos menstruales,** tanto amenorrea como menorragia. En el siguiente fragmento se describe un caso como una madre su madre ha normalizado las reglas irregulares de su hija adolescente (ella es hija de una mujer superviviente de trata con fines de explotación sexual). En este caso, junto con la infravaloración médica hay dos factores más que evitan la profundización en la causa de estas irregularidades o una derivación a ginecología, los dos factores son la **escasa educación menstrual** y el **ensalzamiento las figuras médicas y el edadismo**[93]**.** Las trabajadoras sociales consideran que esta normalización provoca poca profundización en conocer las causas reales, a su vez esta praxis resuena a una cierta infravaloración los problemas menstruales.

> *en este caso de **una adolescente,** que también t**iene picos de anemi**a y está también relacionado c**on el tema menstrual porque de repente a lo mejor un mismo mes le viene dos veces la regla** y demás. Y nosotros lo tratamos **mucho con la madre,** porque **al final ella es meno**r, y al final la **propia madre ha normalizado que cuando pasa eso**, ella tiene que ir a **su médico de cabecera**, le dan como **el hierro** o el complemento vitamínico que va a necesitar para ese tiempo y ya está. Pero tampoco ha **habido una derivación (…)** dentro de que es una adolescente y que a lo mejor puede tener irregularidades, o no lo sé.*
>
> ***Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFES***

La derivación a las especialidades de ginecología es percibida como infraderivadas al compararlas con otras especiadas (como por ejemplo las de traumatología). La percepción general de la salud menstrual como una salud olvidada.

[93] Ambos factores son clave para poder lograr el grado máximo de salud sexual, el primero se encuentra más desarrollado en el derecho de educación sexual, y el segundo en el derecho a información. El tercero se abordará en el apartado de discriminación.

> ***que a nivel sanitario la salud menstrual de las mujeres todavía es un tema un poco olvidado, ¿no?*** *No es un tema pues se ha roto la pierna y es un tema traumatológico que hay que solucionar ya.*
>
> ***Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFES***
>
> *sino porque creo que a nivel sanitario la salud menstrual de las mujeres todavía es un tema un poco olvidado, ¿no?*
>
> ***Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFES***

La importancia del entorno social e instituciones de asistencia social.

El lugar que **ocupa la salud sexual** entre los perfiles analizados dependerá de la accesibilidad y cobertura del sistema sanitario según la perspectiva de género, y por otro lado la **importancia subjetiva y relacional, y la percepción de la accesibilidad** de estas mujeres.

Las instituciones sociales, así como las redes de apoyo de los perfiles estudiados impactan de manera muy diferentes en **el alcance máximo de salud sexual y reproductiva**. Curiosamente los perfiles en que vivencias **más institucionalización, con entornos más controlados, presentan mayores dificultades para alcanzar el grado máximo de salud sexual y reproductiva,** un ejemplo con las mujeres privadas de libertad y las mujeres en procesos de recuperación en adicciones en comunidades terapéuticas. Los protocolos y la externalización de servicios presentan dificultades que en numerosas ocasiones no consiguen dar la plena asistencia sanitaria.

En el siguiente apartado se desglosan las trabas para poder alcanzar el derecho al grado máximo de salud en cada uno de los perfiles.

Las mujeres con trastornos adictivos.

Las mujeres en procesos de recuperación de trastornos en conductas adictivas o con consumos activos presentan ciertas limitaciones para alcanzar el nivel máximo de salud.

El primero es el lugar del foco de salud sexual y reproductiva por parte de los recursos de adicciones que no abordan la SSR, dejándola en un plano secundario por una cuestión de especialización del recurso (CAD o Comunidades terapéuticas, por ejemplo). El foco se encuentra en la detección rápida de ITS/ETS, así como la posibilidad de embarazos, dejando a un plano secundario la salud menstrual, el placer y la satisfacción, lo cual es abordado en otro servicio (como los centros comunitarios de salud).

Además, en los propios recursos de trastornos adictivos es más frecuente que durante la intervención **los hombres muestran sus preocupaciones en cuanto a patologías sexuales, que en las mujeres**. Los hombres son más propensos a hablar de su satisfacción sexual y placer de las relaciones sexuales.

> *-TS Es que, ahora pensando en diferencias, pienso que los hombres te pueden hablar más de temas sexuales que las mujeres.*
> *-Sí.*
> *-Sí.*
> *-TS: Los hombres sí que nos cuentan "pues es que no puedo tener relaciones porque mira, estoy teniendo problemas, porque no se me levanta, porque no sé qué, no sé cuántos", te lo hablan y te lo verbalizan mucho más de lo que te puede verbalizar una mujer, de "no me está gustando cuando me acuesto con mi marido, no siento placer o estoy teniendo algún problema de tal". No, no sale tanto con las mujeres, sale más con los hombres.*
> *M: Totalmente. Creo que con **una mujer tendrías que preguntarlo**, ¿no? directamente.*

Centros de Atención a las Adicciones

A la salida de las comunidades terapéuticas, los equipos profesionales están más acostumbrados a que los hombres comenten abiertamente de sus deseos sexuales y de la necesidad de tener relaciones.

> *Entonces ellos s**e planificaban en esas programaciones un dinero,** e incluso **pedían al equipo preservativos**. Sin embargo, ese **tema las mujeres no lo tocan.***

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

El enfoque positivo de la sexualidad, es **difícilmente abordable por la posible violencia sexual vivida, la cual ha generado un trauma** y ha podido ser causante de la adicción.

> *E: No, digo en general, o sea por ejemplo descubrir **la raíz del problema**, pues es justo a lo que nos aventuramos.*
>
> *M: Es que no se puede porque mucho sí que puede ser de haber tenido una infancia muy dura, afectos, a lo mejor ha habido **víctimas de abuso.***

Centros de Atención a las Adicciones

Si hay investigaciones sobre la violencia sufrida en las mujeres de la red de adicciones que indican que la incidencia de violencias en estas es generalizada, en muchas ocasiones en la infancia y adolescencia. Desde el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se elaboró un protocolo

de violencia de género para los Centro de Atención de Adicciones: *Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y Witte, 2001; NIDA 2001; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003.)* (Instituto de Adicciones, 2017, pág. 4) Este apunte, es señalado como importante variable de sospechas en el protocolo de atención (Instituto de Adicciones, 2017, pág. 38)

El sexo ha sido vivido como algo por obligación y alejado de ser un acto placentero individual. En algunas ocasiones, al estar vinculado el consumo con el sexo a menudo ha habido prácticas de riesgo.

> *En este tiempo que llevo en la comunidad terapéutica femenina no he visto tanto ya como embarazos no deseados, pero sí que conductas de riesgo a nivel sexual y eso también lo trabajamos con ellas. En muchísimos casos, o en la mayoría de los que yo he visto, por temas pasados de experiencias complicadas o violentas en cuanto al sexo experimentan ciertas carencias o cierta manera de ver el sexo como una obligación en la* ***que yo recibo mi merecido****.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

El **enfoque positivo de la sexualidad** es frecuentemente un trabajo de **deconstrucción** y de terapia psicológica, porque los episodios de violencia sexual han podido también ser causantes de una modificación en **la autoimagen**, aumentando la culpabilidad y activando mecanismo de recompensa para apaliar la e**xperiencia traumática de violencia sexual.** Este tipo de circunstancias requiere de una atención especializada para poder abordar la falta de autoestima, una autoimagen dañina y unas futuras pautas de autolesión.

> *cuando una niña* ***en la infancia ha sido abusada*** *o ha sido violada, cuando es adulta, no te hablo de forma general, pero sí me* ***ha pasado en varios casos*** *en el centro que han seguido como* ***el mismo patrón*** *y es el hecho de* ***sentirse una prostituta desde pequeña*** *y llamárselo* ***a sí misma****. Entonces como* ***yo creo que soy una prostituta porque me han utiliza****do y yo* ***no he sabido decir que no****, aunque no tuviera las habilidades para hacerlo en la infancia, lo que hago ahora* ***es abusar de una forma descomunal*** *de las sustancias para* ***poder sostener relaciones sexuales de riesgo****, porque es lo que yo me merezco. Entonces es como entrar en un bucle de culpa y de seguir machacándome porque yo tengo que ser esto*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

El grado máximo de salud se ve poco alcanzable, en los perfiles con una mayor dependencia y **cronificación de la situación**, considera que se **encuentran anuladas** a cualquier capacidad de decisión anteponiendo y priorizando conseguir medios económicos para consumir o sustancias.

> *También la, no sé cómo decirlo, la adaptación o aceptación que tienen muchas veces ellas por la situación de cronificación, de: ''ya me han hecho tanto que será normal'', ese dominio del hombre en el tema sexual, por ejemplo, **el disfrute de ellas pues será mínimo**, sobre todo en caso de prostitución.*
>
> **Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño**

Las mujeres en riesgo de exclusión derivados de trastornos adictivos que se encuentran en situación de calle presentan **falta de adherencia en los itinerarios de salud**, al tratamiento y a la valoración de las condiciones de salud. Estas situaciones tienen consecuencias sanitarias que pueden **ser irreversibles**, como por ejemplo **una ceguera no detectada** por la sífilis o un VIH sin tratamiento.

> *Tengo en la cabeza uno de nuestros últimos casos así más sangrantes, que dices es que es increíble que en estas alturas del siglo XXI tengamos **casos de gente con VIH, descontrolados en el tratamiento y ciegas por la sífilis,** o sea tenemos una paciente ahora que afortunadamente la han metido en la cárcel, es la única manera de que estas personas tengan un mínimo control sanitario y esta mujer **se quedó ciega por una sífilis** que no conseguimos llevar al hospital, o sea era ya **una sífilis avanzada, tenía** problema de visión y a pesar de que tenía problemas de visión no conseguimos que fuera al hospital.*
> *ES: Conseguimos llevarla a urgencias cuando ella empezó a percatarse de los problemas de visión, pero se largó.*
> *M: No acabó el tratamiento, en fin.*
> *ES: Y una semana la veías dos días, otra semana ninguna, otra semana tres, durante mucho tiempo ¡eh!*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

En las comunidades terapéuticas destacan que la falta de adherencia a los tratamientos como los tratamientos anticonceptivos hacen no protegerse con otros medios como el preservativo y provocar en algunas ocasiones un embarazado.

En el caso de los embarazos algunas mujeres con trastornos adictivos presentan una alta dependencia a la sustancia. Las mujeres siguen consumiendo aun estando embarazadas porque la valoración de su estado gestacional no es percibida como vulnerable, priorizan el consumo ante la salud materna.

> *H: Es que su situación estando embaraza cambia poco a no estarlo.*

M: Sí, siguen consumiendo.
H: Cambia poco, sí. (…)

Centro de acogida y encuentro

La retirada de la regla (amenorrea) es considerada por los equipos técnicos como una de las consecuencias del **abuso de sustancias,** sin embargo, hay otros efectos o causas como el consumo de sustancias asociado a algunos trastornos alimentarios que quedan invisibilizados.

*Aparte que bueno el consumo de heroína, pues **dejan de tener** la regla.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

*Hay muchas pacientes que llegan con el **ciclo menstrual** totalmente **trastocado**, por consumo, el consumo en numerosas ocasiones te lleva a, o le da un mensaje al cerebro de que es necesario, de que igual de **necesario** que la comida, pero llega **un punto en el que se p**one más **en prioridad el consumo de sustancias** en sí antes que la comida*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

*M: Y también yo suelo preguntarles por ejemplo **¿te viene la regla todos los meses? ¿tienes continuidad? ¿Cómo vas**? Y a pesar de ser muy jóvenes tiene**n muchos desarreglos con respecto a la regla.***

Centros de Atención a las Adicciones

Como se verá más adelante, esa **retirada de la regla provoca la detección tardía de los embarazos** y algunas veces una imposible interrupción voluntaria del embarazo, otras, aunque la detección sea tardía entra en el plazo legal de la interrupción del embarazo.

La consideración de la menstruación irregular como algo normal a raíz del consumo hace que se produzcan **frecuentemente la detección tardía de los embarazos**.

*Aparte que bueno el consumo de heroína, pues **dejan de tener la regla.***
*ES: Sí, **la percepción del embarazo es muy tardía,** siempre.*
*M: Claro, se creen que no se van a embarazar, pero de repente se **embarazan**. Entonces, qué iba a decir.*
ES: Las revisiones empiezan a los seis meses quizás.

Unidad Móvil de Adicciones

Por ello, es importante tener en cuenta que la detección tardía puede generar desde recaídas en la adicción a negación de su estado de gestación. La **adaptación a una situación continuada de**

riesgo de salud hace que el abandono del consumo por un estado de gestación se eleve como una prioridad.

> *El **no pensar en los problemas** es lo que hace que yo consuma, entonces el **no tener la regla va a ser otro motivo para que yo siga consumiendo**. Y ya si me meto en un riesgo o en otro da igual porque **estoy en un constante riesgo** y me muevo bien aquí. Es como el quitar ese miedo a morir o quitar, no importa nada, no **le dan importancia a nada**.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Los equipos de intervención conocen la falta de adherencia al tratamiento y la intermitencia de la asistencia al recurso por ello, procuran **tener una insistencia** de la adherencia de estas mujeres a la medicación y cita médicas derivadas de su **estado de gestación**.

> *H: Es que su situación estando embaraza cambia poco a no estarlo.*
> *M: Sí, siguen consumiendo.*
> *H: Cambia poco, sí. (…)*
> *H: Siguen **consumiendo** y luego aparte **no tienen una alimentación adecuada** al proceso gestacional, o sea comen lo que pueden, no lo que deben.*
> *M: Y si se toman **el ácido fólico** es porque nosotros **le insistimos**, tenemos la medicación ahí, todos los días **le damos la pastillica,** sino es que ni eso.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

Una de las necesidades reconocidas por los equipos profesionales es la importancia de **acercar los recursos** a la población en exclusión social provocados por su **proceso de cronificación de la pobreza**, especialmente por la poca adhesión a los circuitos sanitario. Las intervenciones de equipos móviles sirven de enlace con los recursos sanitarios "formales" llegando incluso a atender urgencias sanitarias.

> *ES: el problema es ese, que no son adherentes al centro, no acuden (…). Y bueno, ha habido partos en el Marconi, allí directamente en la calle*
> *ES: El equipo del Es Más ha atendido hace relativamente poco, X llevó a una chica pariendo en el coche*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

Este aspecto habla de la disposición, localización y acceso de los recursos. En el caso de la Unidad Móvil Madroño señala que hay problemas de acceso para las mujeres en situación de explotación sexual, por **esto se hacen necesarias cambios en sus itinerarios y conducciones** que varían según lo hacen las zonas de asentamiento. El acercamiento y contacto respetando los ritmos de las

personas es clave para conseguir vinculación con el recurso y poder realizar un adecuado seguimiento.

> *M: Pero también como es tan difícil vincular con algunas, no siempre de primeras usamos todo esto. Por ejemplo, ahora tengo una que sufre violencia, la Isabel, y literal es como ir con pincitas y seguramente que a nivel sexual esté todo mal, pero no puedo abordarlo todavía porque la pierdo, entonces tengo que ir poco a poco, o sea todavía no ha llegado ni a cita con enfermería ni con trabajo social.*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

> *Entonces **al principio** pues obviamente fue**, los primeros años**, años porque **el primer año y medio nos pasamos recorriendo** las zonas calientes de Madrid, **los barrios típicos donde hay**, había más que ahora, aunque **ahora está empezando** otra vez a volver **la droga** en los barrio*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

Recursos específicos y con protocolos agiles: caso de Centro de Diagnóstico Médico Montesa, centro médico Sandoval y Centro Municipales de Salud.

El acceso a servicios sanitarios de manera ágil y rápida es una garantía para conocer el estado de salud y comenzar un tratamiento las personas que están en situación de calle y con consumos activos. Los centros como el Centro de Diagnóstico Médico de Montesa[94] son preferentes y muy valorados entre los profesionales médicos para los diagnósticos precoces.

> ***Montesa,** que además Montesa **es maravilloso porque tú llegas con una paciente** y ese mismo día, o sea incluso **si la paciente** me llegó ayer, ni la hago **la analítica,** la voy a llevar mañana, la van a hacer la analítica, la **van a hacer** el **sudado, la citología**, la va a ver un gine, o sea que tienen una atención fantástica.*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

Acceder al grado máximo de salud también tiene que ver **con la especialización de los centros sanitarios en la detección de enfermedades de trasmisión sexual**. En el caso de los Centros Sanitario Sandoval[95], pionero en la especialización en ETS, en el que la atención es rápida y ágil, reduciendo drásticamente los tiempos de espera para un diagnóstico de este tipo.

[94] Centro médico Montesa, se encuentra en Madrid Centro. Véase aquí la localización.
[95] En el reportaje sobre el Chemsex de la Asociación RIS aparece la estrategia de localización de este centro en la ciudad de Madrid, el cual se encuentra entre los barrios de Chueca y Malasaña. Este centro es considerado un referente para la

*M: Sí, es e**l centro sanitario Sandova**l, que ese es de **la Comunidad de Madrid** y es específico para **tema sexual, infecciones de trasmisión sexual***

Unidad Móvil de Adicciones Madrid

Los centros municipales de salud (CMS) en Madrid, renacientes al Ayuntamiento de Madrid, conociendo la carencia de esa adherencia de los colectivos con exclusión social a los itinerarios de salud por su situación de exclusión social, atienden bajo protocolos de urgencia ayudados por la coordinación entre los recursos, básica para agilizar la atención sanitaria.

*Pues en principio es atender a toda la población, pero pri**oritariamente a aquellas poblaciones que tienen más necesidades en salud o que están en territorios con mayores índices de privación**. (…)¿Cómo se implanta? Pues se **implanta fundamentalmente coordinándose con todas aquella**s entidades que ya de por sí atienden a poblaciones vulnerables.*

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

En estos casos los protocolos de acceso a los servicios de salud son establecidos por la priorización entre los propios recursos. Además, se coordina asistencia por varios servicios sanitarios para poder abordar una atención integral.

*Que por ejemplo en el CMS de Villaverde existen determinadas citas **reservadas para priorizar este tipo de población.** Una vez realizado esos acuerdos se les **intenta ahorrar al máximo de tiempo**, centralizando las citas a lo mejor si tienen **que venir a trabajo social y a ginecología**, o a lo mejor **si tienen que venir a ITS y ginecología** Entonces se les **intenta priorizar y juntar citas** para tratarles de arrebatar el menor **tiempo posible y solucionarles la demanda.***

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

En las mujeres con trastornos de adicciones pueden presentar además trastornos psiquiátricos, es la llamada **patología dual**[96]. Esto puede complicar más el traslado de información sobre la

detección temprana de ETS, desde su especialización en 1989 en detección y tratamiento de VIH. Paseos con Ciencia Chemsex: Sexo, drogas y Salud Publica. Véase aquí.

[96] La patología dual presenta un complejo marco conceptual por la múltiple. En la recomendable la sesión de XV AGORA-La patología dual y la red de atención a drogas y adicciones (Plan Nacional sobre Drogas), se recogió el dato que ¾ de los/as pacientes con trastornos con adicciones presentan otros trastornos, como trastornos de conductas. Se destaca que los temas emergentes son las investigaciones en los niños/as y adolescentes y las edades avanzadas así. Véase aquí.

importancia de la salud sexual y reproductiva. La infravaloración de la salud tanto propia como comunitaria está aún más presente en aquellas mujeres con adicciones y trastornos mentales.

> *M: Y luego que muchas **se prostituyen** con enfermedades, que están **contagiando** también conscientemente, están contagiando también a gente, que bueno, cuando es una relación dices, pero cuando **es una prostitución** y tú sabes que tiene cualquier tipo de enfermedad. Luego también hay problemas **mentales añadidos**, usuarias nuestras que no **están bien mentalmente** y están todo el día c**on unos, con otros, con otro, con otro, con otro, con otro,** entonces ellas **no ven el riesgo que hay ni para ellas ni hacia los demás.***
>
> **Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño**

Las mujeres privadas de libertad.

Para las mujeres internas, la principal dificultad para alcanzar el grado máximo de salud es el acceso a los servicios sanitarios que se encuentran en si es un centro penitenciario mixto o es exclusivo, es decir una diferencia estructural. La diferencia entre la dotación de los centros penitenciarios mixtos con módulo de madres y exclusivos son alarmantes. En el caso de los recursos humanos específicos para las mujeres gestantes, ginecología y obstetricia, presentan una carencia importante en los centros penitenciario mixtos.

> *Porque es que yo le digo **a alguna compañera mía**, he contactado con alguna **matrona** para que me echara una mano porque digo **esto es como trabajar** en **Bali** o en, yo qué sé, o en Sierra Leona, ¿sabes? que **no hay ni médico,** ni ginecóloga, ni **matrona***
>
> **Personal CP con módulo de mujeres y madres**

> *Médicos y auxiliares de enfermería, y luego vienen todas **las semanas pues dentista**, ginecóloga, psiquiatra, técnico de rayos, protésico dental, o sea un poco se cubre lo esencial. Luego si ya tienen que ver a un especialista **salen al hospital,** uno que no sea psiquiatra o ginecólogo, pero bueno, o sea como es una **consulta muy demandada, p**ues si se puede **evitar sacarlas**, vienen al centro esos dos especialistas, para **el resto salen al hospital.** Y mi trabajo incluye desde **el reparto de medicación** y metadona de las internas, **control de enfermedades crónicas**: diabéticas, hipertensas, colesterol, el seguimiento en el tema de las dietas, curas que tengan, autolesiones, sobredosis, urgencias. O sea, **no paramos.***
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

La estancia en un centro penitenciario exclusivo se diferencia de los centros mixtos en que la perspectiva de género esta más aplicada. Esta diferencia estructural, es la gran barrera en el acceso a servicios sanitarios, productos de higiene menstruar de calidad, y una asistencia materno infantil digna. Esta diferencia responde a una violencia estructural y de discriminación institucional.

> *Pero lo que sí que vemos es que las prisiones que son solo de mujeres, o sea Brieva y Meco Mujeres sí que **las mujeres se sienten como más atendidas** y más en lo específico de mujeres, no es lo mismo en una macro cárcel donde son 60 o 80 de mil y pico, en las que, pues cualquier revisión que tengan las mujeres y demás lo ven como más secundario, o sea como más difícil el acceso.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

El seguimiento sobre los embarazos es radicalmente diferente entre un centro penitenciario exclusivo de mujeres o un módulo de mujeres en un centro penitenciario de hombres. Esa diferencia es uno de los resultados más repetidos en cuanto a la mejora de la estructura de los recursos y servicios. En los módulos de los centros penitenciarios de hombres la asistencia sanitaria y los recursos tanto humanos como materiales son escasos para la salud sexual y reproductiva. En el caso de los centros penitenciario con módulo de madres no existe casi el control de los embarazos.

> *Es **con los embarazos, aquí no hay control,** o sea **hay control ginecológico***
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

Esta situación genera inseguridad a la hora de saber por parte de la madre el hospital del parto, por no hablar del equipo que asistirá al mismo.

> *Sí que hay incertidumbre a veces de dónde voy a dar a luz, o cómo va a ser, pero entiendo que sí que les hacen las pruebas correspondientes, no sabría decirte ¡eh! no hemos vivido muchos casos*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

Al igual que el control de los embarazos no es prioridad, la posibilidad de acceder a un tratamiento para el trastorno de adicción si es priorizado.

> *Se **saltaban la lista de espera las mujeres que fueran gestantes**, se priorizaba **que ellas pudieran acceder al tratamiento de la adicción**, porque incluso una vez que **ya daban a la luz** y demás se iban muchas de **ellas a Aranjuez** o a la unidad de madres.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

La coordinación entre el centro penitenciario y los hospitales atiende a criterios de seguridad. La **comunicación entre el centro penitenciario y el hospital de referencia es lenta y escasa**, impactando directamente en el conocimiento sobre el estado actual de las mujeres gestantes tanto del personal sanitario interno como externo.

> *Con el Marañón tenemos **súper poca comunicación**, no podemos hablar de tú a tú, todo es **por correo electrónico** o mediante **admisión,** entonces es muy difícil ponernos en contacto c**on ellos**, por ejemplo, para **ponernos de acuerdo** a la hora de las **pruebas, de las analísticas**.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

La **falta de coordinación entre las propias instituciones penitenciarias** también hace que tratamientos como la hormonación se paralice. En el caso de las mujeres trans que sean trasladadas de centro penitenciario.

> *M: Esto nos ha pasado también **con personas trans,** en las que se **ha paralizado su hormonación,** sí, y eso sí que a veces tiene problemas, pues eso, **que no son fáciles de resolver**, de volver a la situación inicial, ¿no? O sea, que empezar un **tratamiento de hormonación y pararlo a la mitad porque cambio de prisión**, o porque salgo, o porque entro, es que en gran parte es, el problema es por este cambio de instituciones penitenciarias a la comunidad autónoma o al revés, y luego el propio cambio de prisiones. O sea, que hemos vivido ahí un poco situaciones bastante flagrantes con ese tema también de hormonación de personas trans.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

La asitencia a la lactancia depende del centro penintenciario que se encuentre. En el caso en que se necesita ingreso de las y los recien nacidos, la lactancia no suele respetarse.

> *Igual que teníamos una vez **una** interna que **dio a luz a un bebé** que se tuvo que **quedar en neonatos** en el hospital de Alcalá, pues esta **interna salí**a todos los días **al hospital a estar con el bebé**, estaba todos **los días en neonatos y** luego cuando estaba en la prisión se sacaba leche y cada día la llevaba la leche que se había sacado. O sea, eso **sí se intenta hacer**; ahora, esto **en otras prisiones no lo he visto***
>
> **Personal CP exclusivo de mujeres**

Falta de priorización de las mujeres: salida y conducciones.

La falta de priorización de las mujeres en los protocolos de las salidas hace que las mujeres tengan una asistencia tardía o a veces nula, teniendo que realizar una segunda salida al hospital de

referencia, en el caso de las embarazadas el Gregorio Marañón. Según los equipos profesionales **la falta de la perspectiva de género** en los módulos de mujeres y madres de los centros penitenciario, intenten trasladar **a las madres a un centro exclusivos de mujeres** donde se considera que habrá servicios médicos adaptados a la realidad de las madres gestantes, como es el caso del **centro penitenciario Madrid I.**

> *Es que es una cosa como **infrahumana**, no sé cómo decirte, por eso quiero que **las trasladen**, la única solución que tengo es que las embarazadas vayan a allí, a Alcalá.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

Además, la falta de priorización en las salidas (conducciones) hacen que se posterguen una y otra vez, dificultando el seguimiento del embarazo. Los horarios de las conducciones no se ajustan tampoco al de las pruebas médicas al unirse varios traslados. Esto hace que en el momento del parto puedan faltar los test correspondientes **a cada fase de gestación**.

> *Esto qué sucede, pues que ellas tienen que ir a todo al Marañón, nosotros no podemos hacerle una analítica del primer trimestre, el segundo, el tercero, cualquier tipo de analítica que tú puedes ir a tu centro de salud y no tienes que ir al hospital, pues ellas tienen que ir al hospital Entonces ya cuando **llegan a su hospital,** al Marañón, pues eso **ha pasado montones de veces**, ya **no le hacen la analítica porque ya ha llegado tarde.** Qué pasa, que hay que volverla a sacar. Esto puede **pasar tres veces**, o sea yo te digo que esto pasa, a lo mejor dos o tres veces pasa que salgan a **hacerse esa analítica** y no se la **puedan hacer***

Personal de módulo de mujeres CP

Las salidas externas (conducciones) no priorizan las condiciones de salud de la madre puesto que la salida al realizarse realiza con más de un interno. El itinerario es marcado por otros tipos de criterios sanitarios y de priorización según los centros de salud y hospitales. La falta de priorización a las madres hace que tengas que salir en más ocasiones de lo normal en las conducciones.

> No, no, no, no, a la mujer **no se la prioriza nunca.**

Personal de módulo de mujeres CP

Las salidas a los centros hospitalarios, provocan un gran estado de ansiedad que en algunas ocasiones generaban **el rechazo de la asistencia sanitaria** por parte de las mujeres.

> *Entonces algunas lo pasan tan mal, pues una mujer nuestra que tenía problemas de corazón, pero es que decía "es que lo paso peor yendo a hacerme las pruebas del corazón", aunque tú le insistías en que se tenía que hacer todas las pruebas, pero decía "es que me da ataque de ansiedad en el furgón para ir allí. Y luego allí me meten en una sala, me miran*

fatal, me ponen al guardia. Es todo tan estresante que al final creo que es peor para mi corazón todo esto".

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

La falta de priorización de las internas y de sus hijos/as es otro de los aspectos que generan rechazo en las internas para asistir a consultas sanitarias externas. En el caso de las madres este rechazo a las salidas se daba por poder tener el cuidado de sus hijos, o directamente no querer que su hijo estuviera expuesto a la violencia de un furgón.

Repetición de pruebas diagnósticas.

Las propias internas nos comentaron durante la visita, que su estado de salud estaba amenazado por **enfermedades relacionadas con la SRR**. Una de las mujeres demandaba la necesidad de ir a la consulta, por no tiene los papeles que demuestran que tiene papiloma (tampoco confirmaba que los tenía fuera), y así poder tener un tratamiento. Ella estaba justo en el **momento de la solicitud de la repetición** de todo el procedimiento de diagnóstico para que acceder a un tratamiento. Esta mujer privada de libertad trasmitió la preocupación de salir del centro penitenciario con su hijo, y si no fuera así tu preocupación de tener que asistir a consulta externa sin el hijo era aún mayor, al darle la única posibilidad de que lo cuidaran otras internas.

Diagnósticos erróneos: impacto en la asistencia sanitaria.

Los embarazos se convierten en inseguros por la falta de control sanitario, afectándoles finalmente a **su salud en su conjunto**. Las profesionales consideran que ante la falta de confirmación de determinadas enfermedades se opta por seguir el protocolo, en este caso es **la diabetes estacional** durante el periodo gestacional.

*Es que son cosas muy graves, a mí me parecen **muy graves, muy graves**, a mí me lo parecen. (…) Y por ejemplo **esta mujer que sale dos o tres veces a hacerse el azúcar**, pues como ya **no le han podido hacer en el segun**do trimestre esta prueba, pues **ya pasa a la otra** que es **de tres horas,** entonces vuelve a **ir al hospital a hacerse la prueba larga.** Le pasa lo mismo, porque esto me ha pasado a mí, o sea esto ha pasado, qué pasa que ya, como **ya a lo mejor está en la 36** semana, ya da igual que **sea diabética o no,** pues ya la toman como si **fuera una diabetes gestacional.** ¿Qué quiere decir esto? Pues que hay qu**e ponerle una dieta**, y a lo mejor no **es diabétic**a, (…) en el hospital **dicen pues la tomamos como diabética, el protocolo es de diabética**.*

Personal de módulo de mujeres CP

Las profesionales de los módulos de mujeres en CP afirman que **seguimiento de los embarazos** son nulos, y ante la situación ellas mismas optan por medios arcaicos y anticuados para poder realizar el seguimiento y facilitar el trabajo a un profesional en el futuro.

> *Claro, de hecho, a mí me da mucha rabia y me duele en el corazón cuando veo ese papel que viene del hospital y pone: **"embarazo sin controlar".** Y es verdad, yo he **sacado unas cartillas de embarazo que tienen cien años,** son de cuando Carabanchel existía, entonces esa cartilla, yo le **doy una a ella**, a la interna y otra la tengo yo, entonces es para que cuando la interna vaya al hospital vea que ha **habido alguien** que **le ha controlado la tensió**n, el peso, le hace las analíticas. Yo le doy todo para que ellas cuando vayan no ponga embarazo sin control porque es que me…, pero es verdad.*

Personal de módulo de mujeres CP

El grado de salud alcanzable también se ve intermediado por la insatisfacción en la cantidad comida durante el periodo de la gestación. Esta escasa adaptación a las necesidades de las mujeres gestantes puede provocar **una carencia nutricional** que afecte directamente al feto y a la propia salud de la mujer.

> *Pero oficialmente no hay una dieta para la gestante, no hay un aumento del aporte de calcio, no hay nada de eso y la comida es normal.*

Personal de módulo de mujeres CP

El acceso a una **cantidad de comida complementaria depende la capacidad económica de las mujeres privadas de libertad** para acceder a alimentos y poder comprarlos en el economato.

> *Cuando están embarazadas yo he escuchado a mujeres decir es que tengo muchísima hambre es que **necesito estar comiendo sin parar**, pero no puedo porque tendría que comprar en el economato y demás, pero **no tengo dinero** para comprar en **el economato**, entonces me tengo que **comer la comida** que las demás, pero **estoy embarazada** y tengo muchísima hambre, estaría **todo el día comiendo**, eso sí que lo he escuchado, eso sí **que lo he escuchado***

Personal CP exclusivo de mujeres.

La falta de personal sanitario especializado en los centros penitenciarios mixtos con módulo de madres afecta de manera directa en el alcance del máximo grado de salud, en los módulos, de

hecho, la priorización del personal médico en parte se construye en base a esto[97], a la falta de personal y sobrecarga de trabajo.

> *O sea, **la deficiencia de sanidad es muy grande.** Luego cada uno, depende de la implicación, por ejemplo **tenemos tres médicos**, uno es el subdirector médico, que aparte de médico hace de subdirector, que hace **todos los trámites de instancias,** cosas burocráticas, con lo cual **de médico hace muy poco**, entonces cuando viene ese médico pues hace **muy pocas cosas de médico**. Luego hay otro que lleva muchos años y está **más quemado**, que el hombre hace lo que puede, pero no se implica demasiado. Y luego hay otro que **todo el mundo va** a él, porque como lo arregla, pues **está saturadísimo**, a lo mejor te digo q**ue en un día ve a 130 personas, 130 pacientes,** que no solamente es verlos, **es te pido una analítica**, te derivo al hospital, miro **a ver si te han dado el tratamiento.***

Personal de módulo de mujeres CP

> *Que te estabas desangrando o como hay más de mil personas en Estremera el médico **no le da más que para ir tapando agujeros**, con lo cual te va a llamar, o sea que es muy difícil que **tú pidas verlo porque creas q**ue tienes gripe y que lo vea, que va como, pues eso, **a apagar fuegos***

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Criterios discrecionales para la asistencia sanitaria.

Como se verá a lo largo de los análisis de los derechos, el personal funcionario es clave en el acceso a muchos derechos, entre ellos el de asistencia sanitaria o derecho a la información y queja. Al hilo del tema anterior, falta de personal sanitario se suman los criterios discrepcionales del personal penintenciario. Esta discrecionalidad puede conllevar una asistencia sanitaria tardia basada en criterios subjetivos.

> *Entonces va a depender de lo que tú llores al funcionario, porque claro, si tú le dices al funcionario que es que crees que te está dando un infarto, pues a lo mejor el funcionario llama, pero depende del funcionario. (…) Entonces al final esa subjetividad y poner en manos del funcionario que alguien tenga o no la visita al médico.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

A la salida el derecho al grado máximo alcanzable se aleja una vez más de las mujeres que han estado privadas de libertad por la **falta de protocolos administrativos y de aportación de**

[97] Como se verá en el análisis de la discriminación, la priorización de los equipos médicos no solo se debe a criterios de la sobrecarga de trabajo y escasez de personal, si no a criterios sexistas, como por ejemplo considera que las mujeres son más *pesadas.*

documentos identificativos. Los dos hechos importantes son; la falta de documentación identificativa (NIE) para las mujeres **de origen extranjero**; y la inexistencia de un informe médico que recoja las condiciones de salud, así como un tratamiento médico y una pauta medicinal.

Falta de informe sanitario a la salida.

El alcance máximo de salud se ve entorpecido a su vez por la falta protocolos establecidos para las salidas del centro penitenciario. El siguiente caso es perteneciente a una mujer con una enfermedad obstructiva del pulmón. A la salida del centro penitenciario no dispondría del tratamiento médico en el médico de atención primaria por la falta de informe sanitario.

> *Es que, claro, si tiene que tener una máquina 16 horas diarias, si esa mujer sale en libertad, sale a la calle sin ella, la necesita. Entonces, claro, tienes que ir a un médico, sin tus informes médicos y sin nada donde ponga que tú la necesitas.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

Uno de los ejemplos relacionados **con la salud sexual y reproductiva** ante la falta de documentación sanitaria, como diagnósticos positivos de VIH, tienen consecuencias fragrantes como el **acceso a retrovirales pueda verse retrasado.**

> *Tengo un caso últimamente de una mujer que ha tenido **que empezar de cero,** o sea empezar con todas las pruebas, empezar con las analíticas. El médico, teniendo un **tratamiento el médico evidentemente** ha intentado seguir con **ese tratamiento porque no vas a dejar** a esta persona con **esta enfermedad,** con este **tipo de tratamiento de repente sin ello,** o sea ha hecho como un acto fe digamos de lo que le están diciendo, pero ha tenido que **empezar de cero,** con sus pruebas y con todo.*
> *-¿HABLAMOS POR EJEMPLO DE RETROVIRALES?*
> *-Sí.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

El acompañamiento profesional muchas veces de las profesionales de intervención es solicitado por ellas para **poder tener mayor credibilidad** ante las autoridades médicas, las cuales tampoco comprenden la situación **de la falta de informes médicos**.

> *Cuando realizamos **esos acompañamientos al médico cuando ya están en situación de tercer grado o condicional,** algunas veces vamos con ellas, o sea ellas necesitan nuestro apoyo porque se ven que a **veces les cuesta explicar de dónde vienen**, por qué no tienen esa medicación **en su tarjeta sanitaria,** de dónde viene ese tratamiento, entonces ahí nosotras como profesionales **tenemos que explicar un poco también** ese proceso, que además los médicos tampoco entienden por qué no tienen esa*

documentación, por qué si esta mujer tiene es tratamiento, dónde está su historia y por qué no la tiene, o sea ellos piensan que todo el mundo tiene que tenerla, y no es así.

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

La inexistencia de un informe médico, provoca la nueva citación para la repetición de las pruebas diagnósticas y retomar de nuevo el tratamiento sanitario fuera de prisión.

*Nos encontramos también **con dificultades en el tema** de que si han tenido un **seguimiento médico dentro,** el que haya sido, aunque haya **sido poco,** pero nos encontramos con que vienen **sin informes médicos,** vienen sin una historia clínica. Entonces, claro, vienen a lo mejor con un tratamiento médico, que cuando las **ven fuera los médicos y ellas piden** y les explican les dicen "**no te puedo recetar porque en base a qué te receto si no tengo ninguna documentación médica que acredite que tú tienes esta enfermedad o estás tomando ese tratamiento o tienes este seguimiento".** Es como empezar de cero otra vez, de todo.*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Algunos de los perfiles que tener un acceso más difícil a la salida de prisión para el acceso a la sanidad son con las mujeres privadas de libertad de origen extranjero.

Pero el gran problema lo tenemos con mujeres migrantes, son mujeres sin documentación y sin posibilidad de tenerla, porque teniendo antecedentes penales no puedes tener documentación. Entonces, claro, ahí se dificultad muchísimo el acceso a los servicios sanitarias, entonces ahí olvídate de lo más básico porque lo que pueda ser una urgencia le pueden atender, pero después te meten factura. Entonces lo que son revisiones periódicas en tema de salud sexual, eso olvídate, si no puedes acceder a lo más básico.

Personal de módulo de mujeres CP

El acceso a la sanidad por parte de las mujeres que ya han cumplido condena es aún más difícil porque tienen que expirar el periodo de cancelación de delitos, pero mientras la asistencia sanitaria es imputada mediante copago.

*Entonces ya teniendo antecedentes penales se les imposibilita el acceso a poder tener una tarjeta sanitaria, tener una documentación, hasta que no pasen unos años que cancelen sus delitos. Pero durante esos años están en el limbo, son mujeres que no tienen **acceso a na**da, a lo más básico. Entonces, claro, olvídate de **tener un seguimiento médico,** que no pueden acceder a ello.*

Otro aspecto muy relevante es la falta de financiación para los servicios saniarios como ginecologia tambien atiende a razones economicas.

> ***Muy frustrante** porque no sé a **quién contarle esto**, o esa quiero decir que eso lo **hablo con la directora** y me dice que sí, que sí, que sí, pero que me peine, ¿sabes? que ella **no tiene dinero para un ginecólogo,** que no tiene dinero para no sé qué, que no tiene dinero para no sé cuántos.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

En concreto las mujeres privadas de libertad no tienen el alcance máximo de salud por la falta de priorización de las mujeres embarazadas, el **carácter estricto de los protocolos de seguridad y la burocracia** para las salidas (conducciones), que interfiere en el **acceso a los servicios sanitarios externos en tiempo para los diagnósticos**. Los diagnósticos tardíos, así como la falta de tratamiento por la falta de diagnósticos impacta en presentar una mayor **mortalidad.** En términos comunitarios, la tardía detección de enfermedades, infecciones, hace que el derecho a la protección de la salud sea vulnerado, generando una **mayor morbilidad.**

En algunas ocasiones el impacto en la salud de las instituciones penitenciarias es positivo, llegado a mejorar el acceso y reinicio de los itinerarios sanitarios.

> *De oye pues cuando **salgáis fuera,** tenéis estos recursos, porque muchas veces lo que os decía, que cuando están dentro de prisión es cuando empiezan a ir al médico y fuera no iban.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

Las mujeres en riesgo o en exclusión residencial.

Falta de identificación por cronificación del malestar

El grado máximo alcanzado por las mujeres en riesgo de exclusión residencial es difícil de alcanzar por dos elementos clave, el primero que **cronificación del dolor y el malestar** provoca que la identificación de los dolores este completamente distorsionado.

> *TS: Sí, o sea en general para las personas que están en situación de exclusión social el malestar suele estar presente, entonces hay mucho malestar que tú no eres capaz de asociar o de definir a que puedas estar enfermo o enferma, sino que forma un poco parte de que te encuentras mal.*
>
> ***Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar***

El segundo factor para alcanzar el grado máximo de salud, es la **falta de documentación producida por el extravió o robo**, es decir una barrera administrativa. Es común que las personas en situación de sinhogarismo sean robadas y con ello su documentación que le da acceso a la medicación o citas médicas. Según la Encuesta de Personas Sin hogar cerca del 32,8% afirman a ver sido robados, los hombres un poco más que las mujeres, el 33, % y 29,5 respectivamente.

> *Y el estar sin **DNI también supone para ellos estar sin medicación** porque como las tarjetas sanitarias también las pierden, sacan la medicación con el DNI, no tienen DNI, ya **no pueden tomarse la medicación.***
>
> **Centro de Acogida y encuentro**

La estrategia de atención priozada en los **Centros Municales de Salud** es eliminar esta barrera adminitrativa parapoder agilizar la asitencia sanitaria

> *La idea no es **pedirle ninguna documentación**, excepto **la documentació**n que las identifica, pero no pedimos **tarjeta sanitaria**, no pedimos **absolutamente nada**, es facilitar e**l acceso al centro de algu**na manera y en este cas**o a la salud sexual y reproductiva.***
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

Imprescindible la coordinación y agilidad entre los recursos.

La asistencia sanitaria ágil e integral esta medida por la coordinación entre recursos de intervención social y sanitarios. Esta agilización y protocolos de atención facilitan la asistencia de colectivos más excluidos, empezando por las barreras administrativas de recepción de pacientes.

> *Que luego cada centro establece cómo **te coordinas para que esa priorizació**n sea **efectiva**. Por ejemplo, yo trabajo en Villa de Vallecas y lo que hace es que Luz Casanova o Concepción Arenal me escriben a mí directamente, "Oye necesito **cita para esta mujer**". Y soy yo la **que la pongo en mi agenda** o en la de **algún compañero lo más rápido posible**. Y también **con determinados datos**, que no hace falta que luego l**e estemos preguntando en recepció**n para qué viene, para qué no sé qué, para qué tal, si no directamente ya tiene cita y **no tiene que pasar el filtro** de estar diciendo en la recepción para qué viene.*
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

Como se verá más adelante los tipos de violencia vividos son producidos en parte por diferentes tipos de discriminación. Este es uno de los motivos los cuales el placer es a menudo **anulado** por esos episodios **de violencia sexual**. **Falta de identificación de dolor** y de la vivencia de ese/os episodios de violencias es considerado por los equipos de profesionales como el uno de los

primeros pasos **para el abordaje** de la salud sexual y reproductiva con las mujeres que han vivenciado el sinhogarismo.

> *Y que si **las has tenido** y tú **no querías**, no las deseabas, no eran placenteras, incluso era algo que te **estaba doliendo**, eso es **una agresión sexua**l. Entonces ese es **como el primer trabajo**, que tú puedas **identificar** que eso **que ha pasado tiene un nombre** y que tú te sintieras luego mal es fruto de que eso realmente es **una agresión.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

La condición de sinhogarismo puede desembocar en un consumo de sustancias que empeore aún más las condiciones de vida y de salud. Esta situación es considerada como poco esquivable en una situación de sinhogarismo compartido con otras personas.

> *-Yo vivo en la calle, yo me encuentro en una calle y dirás esto es una tontería, pero una calle también te lleva a una droga.*
> *-Hombre, claro que te lleva.*
> *-La calle te lleva a una droga.*
> *-Te lleva porque tú no tienes…*
> *-Porque no tienes nada que hacer, no tienes nada que hacer, estás aburrida, viene una te pincha, viene el otro te pincha, viene la otra te pincha.*
>
> ***Grupo de mujeres en situación de sinhogarismo y con consumos activos***

La cronificación de la pobreza hace la adherencia a los centros sanitarios sea nula, así como la intermitencia en la asistencia de las mujeres a los centros de encuentro, con lo cual se hace difícil **reiniciar los itinerarios institucionales, y en algunas ocasiones los sanitarios**.

Las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

En el caso de las mujeres supervivientes a TFES su salud ha sido expuesta a graves riesgos para el estado de salud integral. Por ello, el **acceso a los servicios sanitarios es priorizado** en los centros sanitarios durante la primera de detección de las mujeres. La asistencia priorizada durante la detección es reconocida en el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos[98].

[98] En este Protocolo, se reconoce como la detección puede llegar a ser en un mismo centro de salud (apartado V). En el apartado VII se reconoce la información proporcionada a las víctimas, aspecto muy importante puesto en cuanto al derecho de principio de decisión informada. En el apartado IX, se reconoce a la derivación a los recursos asistenciales (entre ellos la asistencia sanitaria).

Las condiciones de salud de la víctima componen parte de los indicadores primarios durante el proceso de identificación como víctima de TFES[99]. Los **indicadores de sospecha en los ámbitos sanitarios no están recopilados en una lista oficial**, pero existe varios indicadores que según la Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual (2017)

Durante la pandemia la detección tardía por la situación de confinamiento ha producido un empeoramiento mayor en las mujeres en situación de TFES o prostitución forzada, como señala Diaconía en su estudio sobre la situación en pandemia: *Muchas personas víctimas de trata están sufriendo formas graves de violencia física y psicológica, incluyendo la privación de tratamiento médico, que pueden generar problemas de salud a largo plazo.* (Diaconia, 2021, pág. 19).

El 15,7% de las mujeres en contexto de prostitución han recibido asistencia de recursos de las entidades (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022) Una vez comienza el itinerario de autonomía y accede a un recurso (por ejemplo, pisos) los profesionales consideran que se detecta **la falta de protocolos para la asistencia sanitaria y priorización en los hospitales.** En el caso de Andalucía (en concreto Jerez) se está desarrollando un protocolo para mejorar la derivación y la priorización.

> *En Jerez estamos precisamente trabajando con un protocolo con el hospital, sobre todo en la parte de enfermedades de trasmisión sexual y todo tipo de enfermedades o estudios cuando llegan, que puedan a lo mejor tener **una urgencia que no permiten el esperar una cita**, el hacer diferentes pruebas porque al **final están entrando en un recurso** y si tienen al final cualquier tipo de enfermedad que también **sea contagiosa,** no existe aquí digamos un protocolo establecido a nivel digamos prioritario o de urgencia Pero no está pasando con **la sanidad pública,** esto es algo que **ya se ha convocado una reunión** aquí con el **hospital de Jerez** y con infecciosos para precisamente **establecer este protocolo** que no sea a través de esta entidad Siloe, sino que se haga a nivel pública y protocolos establecidos. Eso con temas de enfermedades de transmisión sexual y demás (…)*
>
> ***Programa de asistencia a mujeres supervivientes de TFVES***

Discriminación por aporofobia para acceder a servicios médicos

Como se verá más adelante el trato sanitario, administrativo y de personas de seguridad también intercede en el acceso a la sanidad pública nacional, por **discriminación aporofóbica**.

> *T.S: Sí, y a veces una **mujer que tiene también** una **vestimenta específica**, un aspecto también **específico** por el **consumo**, entonces claro, incluso en **un centro de salud** que*

[99] En el apartado, VI.C.- Determinación de la existencia de indicios o motivos razonables

> *está aquí en una zona* ***de exclusión social*** *que se sabe los perfiles que puede haber, pero* ***nos encontramos de todo***

Centro de acogida y encuentro

Criterio discrecional del personal administrativo.

La asistencia al centro de salud puede ser dependiendo de criterios discrepcional del personal adminsitrativo en el caso de las mujeres que no tienen documentación, siendo esto otro de los grandes probelmas que presena perfiles como las mujeres supervivientes de TFES

> *Que como* ***no tenía regularizada*** *su situación por lo visto* ***la policía le quitó el pasaporte y aquí sin pasaporte no te hacen nada.*** *Tenía* ***una fotocopia****, ahora la* ***fotocopia tampoco****, quiero decir. Pero a lo mejor vas* ***al turno de tard****e y te dicen que sí (…) que* ***no te lo facilitan****, aun* ***sabiendo los perfiles,*** *que yo* ***entiendo*** *que hay* ***una normativa*** *y que hay* ***que cumplirla,*** *¿pero por qué unos* ***casos sí y otros no****? A eso nos referimos.*

Centro de acogida y encuentro

El grado de salud máximo alcanzable se ve mermado por una **infravaloración médica** al **tratarse de mujeres muy jovenes.** En el caso concreto de la asistencia ginecologica algunos especialistas no consideran necesarias las revisiones ginecologicas, por ello las profesionales de intervención social se ven en la obligación de tener que propocional información sobre la condicion de vulnerabilidad y protección de la mujer con el fin de poder ser derivadas a los servicios de ginecologia. En resumen, la asistencia ginecologica se detecta cierto edadismo para derivar al servicio especilista ginecologico.

> *Luego a* ***nivel ginecológico*** *(…) sobre todo en chicas jóvenes, cuando ya es una mujer a l****o mejor de 40 o 50 años no nos ha pasado****, pero sí nos ha pasado con chicas* ***que tienen 18, 19 años****, que nosotros* ***precisamente por el perfil*** *que tenemos, que estamos hablando de* ***contextos de prostitución o de explotación sexual,*** *pedimos que* ***se le haga una revisión ginecológica****, pues si tienen algún tipo de, ya no solo enfermedad, sino algún* ***tipo de daño físico*** *o lo que sea. Y nos hemos encontrando* ***con médicos reticentes*** *a mandar al especialista, a ginecología****, porque consideran con la edad que tienen como que no es necesario, nos lo han dicho así tal cual,*** *a no ser que* ***haya algún motivo****. Es decir, que nosotros* ***no podíamos solicitar una revisión ginecológica a no ser que supiéramos*** *que era por* ***algún motivo.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de trata *de TFES*.

La **falta de información contextual de la paciente para la derivación** hace que los equipos de intevención tengan un especial cuidado en mantener la identidad, privacidad y circunsacia vital de

la mujer superviviente de trata. La detección de una urgente formación y sensibilización a los equipos médicos ha provocado que por parte de entidades especilizadas en la trata con fines de explotación sexual, como Diaconia España crear formaciones especificas para personal sanitario[100].

> *Y, claro, lo que nosotros comentamos* ***en esta reunión donde estaban otros especialistas*** *es que* ***nosotros no tenemos por qué contar del contexto*** *donde viene esta chica o el motivo por* ***el que queremos una revisión****. a lo mejor intentaba explicar "mira es que es un perfil, es* ***un recurso de acogida,*** *son* ***mujeres vulnerables*** *que vienen* ***de otros contextos****". Entonces cuando ya les* ***decía ciertas cosas,*** *pues ya es como que a lo mejor* ***el médico cedía.*** *Pero no vemos necesario tener que dar este* ***tipo de justificaciones.***
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de trata de TFVES**

La **ágil derivación y previa coordinación entre los recursos** impulsa que la atención a víctimas de trata se priorice. Algunos de los protocolos de priorización desde los Centros Municipales de Salud conscientes de los determinados problemas de acceso los servicios sanitarios realizan una revisión por parte de todas las especialidades sanitarias posibles.

> ***Hay una coordinación directa, pues a veces vía trabajadora social de ambos centros, o médicas directamente de ambos centros para priorizar efectivamente esas consultas que requieren****, y les damos además mayor tiempo* ***de consulta porque hay que abordar muchos aspectos de forma integral.*** *Pero así hacemos una* ***coordinación directa que prioriza las citas,*** *que las agiliza, que se adecua, pues a lo mejor lo que decían, que ese* ***mismo día pueda verla diferentes profesionales, facilitar esto.*** *Igual pasa con Concepción Arenal, cuando* ***coordinamos con mujere****s que están en situación de prostitución o víctimas de trata, que eso facilita mucho esta priorización que decías,*
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

La **coordinación entre recursos** se convierte en otro factor determinantes para alcanzar los grados máximos de salud. La asistencia sanitaria priorizada tiene que ver con los protocolos para la coordinación interinstitucional sin la cual las derivaciones a otros centros de salud y la atención integral no serían posible.

> *Y luego* ***pues esta coordinación que es fundamen****tal, yo es una de las cosas que luego cuando hablemos quiero priorizar lo importante de* ***esta coordinación interinstitucional entre entidades*** *que trabajan con esta población para mejorar la calidad, bueno, la pronta atención y la calidad de la atención.*

[100] Detención de posibles casos de trata de seres humano por el personal sanitario.-Diaconía España

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

Intermediado por los tratantes

El alcance del grado máximo de salud sexual esta **mediado por la persona tratante.** En algunas ocasiones los diagnósticos son falseados o no proporcionados. Aunque **las mujeres en prostitución forzosa tengan** prácticas seguras e intente prevenir enfermedades (VIH, por ejemplo) son finalmente sus parejas las que al final contagias. La violencia sexual y la coacción dentro de la pareja como fuera es un impedimento para poder alcanzar el grado máximo de salud a pesar de su intencionalidad.

> *También hemos tenido pacientes, por ejemplo chicas del Este que recuerdo muchísimo que con los clientes **jamás, jamás hacían nada sin preservativo,** luego se quedaban embarazadas de sus parejas y se contagiaban de ETSs de sus parejas*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

Los clientes puede haber consumido sustancias teniendo un impacto durante las prácticas sexuales en la salud sexual y reproductiva de la mujer, según Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución: *En los clientes**, la pérdida de erección durante relaciones con penetración** (opiáceos, alcohol, cannabis) pueden provocar que el preservativo quede dentro de la vagina, con el consiguiente riesgo de infección de VIH y otras Infecciones de transmisión genital (ITG). De la misma forma, las sustancias que retardan la eyaculación (cannabis, cocaína, opiáceos, alcohol) o disminuyen la sensibilidad si se administra de manera local (cocaína) pueden prolongar en exceso las prácticas que realizan, aumentando el riesgo de rotura del preservativo.* (Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea, 2016, pág. 21)

La cronificación en las ciudades.

En algunas zonas de la ciudad se cronifica la pobreza, en el caso del polígono de Marconi, donde el agua corriente puede llegar a ser inexistente deja a las mujeres que están en contextos de prostitución sin sitios para poder asearse. El autocuidado es nulo, en ocasiones donde la prostitución es forzada por la dependencia a una sustancia.

> *Marconi que estamos hablando que es el sitio con mayor número de embarazos o de problemas de transmisión sexual estamos hablando de que vamos a veces y las chicas tienen **el semen en las piernas.***
>
> *M: Es que ahí los cuidados son nulos, no hay ni **la mínima higien**e, que es que no tienen donde ducharse, donde lavarse, o sea es un nivel de necesidad el que tienen ahí desde lo más básico que es la higiene, o sea que es que se **echan tres, cuatro, cinco días sin***

> ***lavarse**. Luego ya pues al cuarto día que están agotadas o no sé qué, pues **han cobrado** y se van a un hostal, que hay ahí uno **muy a mano** e igual se echan un día o dos días durmiendo y vuelven.*

Unidad Móvil de Adicciones

El acercamiento de los equipos móviles hace que estas mujeres puedan llegar a tener acceso a alimentación y a productos de higiene.

> *Pero vamos **higiene habitual,** ni eso, o sea que **cuidados mínimos,** o sea autocuidados, ni comen bien; bueno, ahora comen gracias a la unidad esta, al servicio móvil que lleva c**omida todo los días**, comida preparada, nosotras **damos nada,** un cafetito, unos **sándwiches,** pero ellos llevan comida porque ni lo más básico está cubierto.*

Unidad Móvil de Adicciones

Las mujeres supervivientes de TFES se encuentran en protección puede verse expuestas a ser trasladas por **protocolos de seguridad a zonas rurales** donde la estructura del sistema sanitario autonomico no esta estructurado de la misma manera que en las ciudades.

> *Digo que quizás aquí hay **muchísimos retrasos** también desde que llegan las mujeres hasta **que pueden comenzar en un circuito de atención sanitaria normalizad**o. Aquí no tenemos Madrid Salud como tienen **en capital,** estamos en el Corredor del Henares y lo único que tenemos es una Casa Socorro municipal, donde hay un nivel de rotación de médicos súper grande, nunca te atiende la misma persona*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Necesidades detectadas para alcanzar el grado máximo de salud.

La atención e intervención de la SSR de manera transversal en los recursos de intervención se torna como imprescindible para recortar el tiempo en diagnósticos e intervenir a tiempo, así se logrará alcanzar el nivel máximo de salud.

Es necesario **mejora de la coordinación y comunicación** entre las instituciones para poder agilizar la atención sanitaria y evitar problemas irreversibles de salud. Seguido de esto es necesario valorar la **instalación de las unidades móviles y servicios comunitarios de salud** para hacer llegar a las mujeres los servicios de salud y posibles tratamientos de la manera más ágil. Estas unidades podrían lidiar con las barreras de la intermitencia e itinerancia de movilidad en el territorio local y a nivel español característico de la población en riesgo de exclusión social o exclusión social.

Por otro lado, se hace especialmente necesario en los perfiles con vidas institucionalizadas (como las mujeres privadas de libertad), **promover la creación de protocolos de salida** para incorporar documentación relativa a diagnósticos médicos y así facilitar la continuidad de los tratamientos inevitables para no agravar los estados de salud sexual y reproductiva.

Revisar **el trato sanitario y administrativo** para no limitar el derecho a asistencia sanitaria tanto en la atención primaria como en las derivaciones. Practicar la escucha activa y promover actitudes que se alejen de la deseabilidad social.

En las intervenciones sociales, aunque se intente abordar y se tenga presente **la perspectiva positiva** de la sexualidad (como por ejemplo placer) valorar su aplicación ante posibles vivencias de violencias sexuales y traumas relacionadas con esto. Respecto a esto, sería necesario adaptar los recursos sanitarios a las necesidades psicológicas de las mujeres supervivientes de violencia sexual para que no **suponga una revictimización o victimización secundaria**[101]**.**

Se destaca a nivel general, un refuerzo **a nivel estructural de sanidad pública nacional** para poder acortar el reinicio de del circuito sanitario y mejorar las derivaciones.

[101] Respecto a esto, es interesante el documento del Protocolo Código VISEM: Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la comunidad de Madrid. 2023. Véase aquí

2 El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.

> **''Toda persona tiene el derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye la violación, abuso sexual el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, d identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.''**
>
> (World Sexual Health, 1997)

A lo largo de la investigación se han detectado diferentes tipos de violencia hacia las mujeres en riesgo o en riesgo de exclusión social, desde diferentes círculos sociales e instituciones: la violencia institucional, física, psicológica, económica…etc.

La **violencia de género** ha sido aquella que ha transversalizado las vidas de las mujeres y **supone un factor muy determinante** en las malas condiciones de vida y se salud de estas mujeres. Las diferentes tipologías de violencias de género transversalizan todos los perfiles estudiados. Los **diferentes tipos de violencia de género** se encuentran **presente como factores causantes de algunas** de las situaciones de los perfiles estudiados, por ejemplo, patrones de iniciación en consumo de drogas puede ser motivado por la dependencia al agresor, la estancia continuada en contexto de prostitución puede ser forzada por motivos económicos.

El siguiente análisis entorno a una vida libre de violencia y coacción está relacionada con el derecho a la seguridad y la integridad, así como derecho a la autonomía, e integridad corporal.

En los siguientes apartados se desarrolla como las diferentes violencias vividas han llegado a un **estadio de normalización de la violencia**. Como conclusión primaria, las diferentes violencias, en concreto la violencia sexual, psicológica y en último estado la económica, tiene consecuencias la salud sexual y reproductiva en muchas ocasiones con carácter irreversible.

Mujeres con trastornos adictivos.

Gran parte de las mujeres que presentan trastornos de adictivos son supervivientes de violencia de género.

el 90% de las mujeres que tenemos en la comunidad han sufrido violencia de género.

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Según el ''Protocolo de detección implícita de violencia de género en mujeres con adicciones'' (UNAD, 2023), afirman que la red UNAD cuenta con 264 centros de atención distribuidos a lo largo de todas las Comunidades Autónomas, de los cuales el 25%(n=66) han sido identificados como recursos que atienden a mujeres que han sufrido o sufren violencia de género (UNAD, 2023, pág. 16). En este informe, se destaca esta **la normalización de la violencia** a lo largo de las relaciones por las discusiones, y permanecía en la relación por la creencia y confianza depositada en el agresor por *cambiar* (UNAD, 2023, pág. 20)

> *Los últimos años de mi vida fueron muy malos, mi última pareja que tuve era un maltratador, me pegó un par de palizas curiosas, aparte de las hostias normales y tal. Y éramos alcohólicos los dos, eso lo estropeaba todo.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos adictivos**

¿Primero la VG's y luego la adicción?

La **violencia de género y las adicciones** presentan una disyuntiva en cuanto que se inició primero. Se considera que **las VG's son causas de inicio de consumo** por parte de las mujeres, pero también se plantea que el inicio de un trastorno adictivo tenga orígenes en violencia de género por parte de la pareja.

> *E: El motivo por el que inician, qué les lleva al consumo, o sea qué les lleva al consumo. Yo con las **mujeres víctimas** de violencia de géneros me surge la duda, no sé si que a raíz **de sufrir violencia han utilizado el consumo de alcohol** por ejemplo para rebajar toda **la sintomatología negativa que le provoca sufrir violencia**, o no, o a lo mejor es al contrario, a lo mejor hay veces que **por el consumo, o sea me refiero, que muchos hombres justifican** la violencia porque el consumo, ¿no? o sea no sé.*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

Durante **las terapias y los grupos de apoyo**, algunas ocasiones las mujeres con trastornos adictivos **detectan casos de VG's ejercida** por parte de las parejas de las mujeres asistentes, llegando a considerar que **habiendo vivido una situación tan insufrible e intolerante la** desinhibición mediante el consumo de sustancias era poco evitable.

> *Hasta que ya **empiecen a salir** y, bueno, alguna ya cuando se **va se va sintiendo** más libre, pues ves cómo **van reaccionando** a mejor y a **sentirse más empoderadas** y más, ¿sabes?*
>
> *COMO CON AUTONOMÍA, ¿NO?*

*Y vuelo sola y me divorcio, que no es **para menos,** yo alguna dije **no me extraña** que te hayas **dado al alcohol,** empiezan a hablar **del marido** y digo no me extraña.*

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones

Las **violencias sexuales** por parte de la pareja también con consumos activos son **difícilmente detectables.** La identificación se da cuando la mujer se ha formado en violencia de género y educación sexual puede llegar a identificar que ella agredida sexualmente. La parte de la educación sexual, como veremos más adelante hace que las mujeres puedan identificar y poner nombre a ciertas prácticas forzosas a las que se han visto sometidas. En el siguiente fragmento, la mujer destacaba la importancia de la penetración como una práctica imprescindible y además de la petición de la mujer.

*Una persona con las que tuve yo relaciones, pues a mí me hacía daño, a mí me resultaba fuerte, o sea las relaciones sexuales me resultaban dolorosas, porque tenía además muy estrecho la cavidad para que entrara el pene, entonces me resultaba doloroso. Para mí era una agresión, o sea una relación sexual sí que ha sido agresión, lo viví como a la larga, no en ese momento. No en ese momento porque era lo normal, que tienes que **tener relaciones sexuales con tu pareja**, pero lo he visto después, lo he visto como que ha sido **como fuerte,** una cosa fuerte para mí. (…) Pero no esa necesidad de tener esa relación sexual con un hombre y de esa forma, **con la penetración,** porque no **tienes otro,** yo creo que había muy poca información,*

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones

Violencia sexual en la infancia.

La violencia en la infancia es considerada como una causante del inicio de consumo. Los abusos sexuales en la infancia, así como vivencia de violaciones son conocidos como causantes para desarrollar un trastorno de adicciones.

*Pero sí que **es verdad** que hay un número **muy elevado de mujeres que han sido abusadas,** que han sufrido **violencia de géner**o, violaciones y con esa problemática muy marcada, o problemas en la **infancia de abus**os familiares y demás, que es muy característico.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

El **inicio del consumo de las mujeres** en climas familiares de violencia también es señalado por profesionales de los centros penitenciarios donde se llevan a cabo los programas de adicciones, en este caso el Programa Ariadna de Fundación Atenea.

por esos problemas de sentirse también en su ambiente familiar pues sola o con una violencia extrema, entonces pues para evitar sus problemas o evadirse de sus problemas.

Personal de trabajo social de CP

Doble penalización social por parte de las redes de apoyo

La doble penalización social que hay hacia las mujeres por ser mujeres y por tener una adicción se observa tambien en los entorno más cercanos, desde las amistades hasta las parejas mismo.La **autopercepción de ese estigma** y el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres con adicciones es clave **para los procesos de recuperación**. Algunas de ellas reconocen que ese **estigma generan falta de apoyo y violencia verbal**.

Mis amigos bien. *Cuando* ***he tenido parejas lo he ocultado****, lo* ***he ocultado porque no quería contarlo,*** *sí se han dado cuenta que tenía* ***un problema*** *y no te ayudan, no te ayudan, te pisan. O sea, yo he notado hablarme mal, "esto te pasa por ser…", además me quedó grabado, me rompí la clavícula en un problema que tuve con el alcohol, un problema puntual, me caí, me rompí la clavícula y mi pareja me dijo "esto te pasa por ser una puta borracha".*

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones

El **apoyo familiar durante los procesos de recuperación** es muy diferencial entre hombres y mujeres. La familia es uno de los grandes apoyos para continuar las terapias y evitar las posibles recaídas. Son las propias mujeres con trastornos adictivos las que afirman que han presenciado una falta de apoyo por parte de las familias.

POR EL TEMA DE LA FAMILIA DE ELLOS.

Nada, apoyo, apoyo, los ves cómo ***les acompaña la mujer*** *y los hijos. Es muy* ***diferente. (…)***

Más pero para las mujeres, mucho más sufrimiento, mucho ***más abandono y más soledad,*** *muchísima más, sobre todo soledad y abandono, muchísima más, muchísimo.*

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

Además, el cuidado de los/as hijos/as y el escaso apoyo hacia ellas por parte de las familias, durante los tratamientos de recuperación, como pueden ser en las comunidades terapéuticas, que impide el mantenimiento de la estancia en las comunidades terapéuticas.

Otra barrera, que muchas veces si tienen hijos, la mujer que se fue ayer, por ejemplo, es porque sus hijos no estaban siendo atendidos, entonces o deja que los hijos entren en el sistema de protección y tiene que abandonar el tratamiento, porque tiene menos apoyo. Al final de cuentas es la misma barrera, la falta de apoyo de la familia y en general de la sociedad. Después nosotros no tenemos plazas para mujeres con hijos, solamente ***las de violencia de género****, las que vienen por la red de drogas son solamente para las mujeres, no es para que estén los hijos. Yo pienso que esa puede ser otra barrera, que hay mujeres que se han ido por el tema de los hijos.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

En el entorno laboral es más llamativo este ocultamiento puesto que el estigma es mayor para las mujeres que para los hombres, con lo cual el estigma las frena no asistir a terapia Ante una situación de horarios incompatibles con el trabajo, los hombres son más apoyados que las mujeres.

-M: Sí, sí, sí, o sea realmente es como que tengo uno que incluso lo apoya su jefe para que venga a tratamiento.
-Bueno, sí, que el jefe lo sepa, yo tengo también varios que lo sabe el jefe y les deja venir ese ratito, que me parece genial, pero claro, ellas.
-En una mujer está mucho peor visto y yo creo que eso dificulta más el acceso

Centros de Atención a las Adicciones

La petición de ayuda de las mujeres es menor que en los hombres, como se verá más adelante, esta penalización social hace que se reconozca una autoestima que ralentiza la asistencia a tratamientos de manera voluntaria.

Según las profesionales consideran que la violencia de género **aparece como justificada ante una situación** donde sea la mujer la que presenta la adicción puesto que la falta de cuidado y del incumplimiento de los mandatos de género.

*E: Claro, y está much****o más estigmatizada y señalizada ella.***
TS: Leí una cosa que me llamó mucho la atención en el ***tema maltrato y*** *tal, la mujer consumo y como que* ***cara a la sociedad****, no nosotros por supuesto, como que el hombre la trate mal estaba un poquito más justificado porque fíjate, ella está todo* ***el rato consumiendo****, no se está haciendo* ***cargo de nada,*** *no sé qué, entonces como* ***que justifica ese****. Sin embargo, en el hombre es como* ***el maltrato puede llegar a estar de cara a la sociedad*** *como eximirse* ***si es alcohólico****, es decir, claro, es que co****mo es alcohólico pues alguna vez se pone más violento, más agresivo.***
E: Se justifica el consumo.

*TS.2: Se **penaliza, o** sea si **la mujer consume** es como "bueno, es que tal, ella también **la lía mucho** y, claro, él ya **pierde la paciencia".** A mí eso también me llama mucho la atención.*
TS: Si es el consumidor se justifica más.
TS.2: Se justifica más

Centros de Atención a las Adicciones

La falta de recursos económicos hace que recurran a la prostitución de manera forzada, por la dependencia hacia la sustancia.

Entonces es como una doble adicción, la adicción a la droga y un poco la adicción al sexo, que no es una adicción al sexo por supuesto, pero la dependencia económica, son unos ingresos.

Unidad Móvil de Adicciones

En algunas ocasiones, la dependencia del maltratador es mayor en estas ocasiones porque es el mismo proveedor de sustancias con lo cual se ven en una situación más difícil de poder salir, tanto de la violencia de género como de la adicción.

T.S: Que además sus parejas, sus supuestas parejas son los mismos explotadores.
C: Claro, los mismos explotadores, los mismos también que les surten la droga.

Centro de encuentro y acogida

Esta situación de dependencia y de control provoca que ellas accedan mucho menos a los servicios, centros y recursos. Cuando la relación de control se basa en ella como proveedora, en uso del recurso presenta mucha intermitencia, y provoca problemas para poder crear vínculos entre los equipos profesionales y las mujeres con trastornos adictivos activos en situación de sinhogarismo.

*H: Quiero decir cuando un hombre ejerce u**na función de proxeneta** sobre una mujer, que además aquí ocurre bastante, **el hombre** suele ser quien digamos que **ostenta una posición de cobertura** de necesidades **de ambos**, entonces él es el que **hace uso del recurso** y luego después **lleva** cosas **a la mujer** que está en **una ubicación completamente distinta** y es el que **la protege entre comillas,** ¿no? Entonces yo creo que esa, quiero decir, eso no significa que la mujer no pase por aquí, significa que pasa muchísimo menos, con mucha menos frecuencia que el hombre.*

Centro de acogida y encuentro

Coacción para la anticoncepción

En algunas ocasiones la decisión sobre la elección de los anticoncepticos, la maternidad o maneras de interrumpir el embarazo es parte del trabajo de los equipos, sin embargo muetran cierta insistencia en que tomen ciertas decisiones.

> *ES: Pero espero que esto de la anticoncepción forzoso no lo encontréis en ningún…, madre mía. (…)*
>
> *TS: A lo mejor en tutelado.*
>
> *ES: Ahora no se puede hacer ni en tutelado ni nada, lo que pasa es que, o sea yo no dudo que haya…, o sea al final nosotros también aunque no queramos meternos mucho en eso tratamos de convencer.(…)Tratamos de* ***convencer****, explicar las bondades, decir oye que esto no te quita, que* ***tú puedes ser mamá,*** *tú puedes ser mamá cuando quieras, pero* ***no seas*** *mamá* ***cuando no quieras****, pero* ***forzarlo.***
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

La coerción por parte de los equipos profesionales sanitarios puede ser planteado para aplicar métodos anticonceptivos como el DIU o ligadura de trompas, esta última irreversibilidad. Esta parte de *informar* sobre los métodos anticonceptivos, tienen en parte raíces en **la idealización de la maternidad y el modelo de madre**, que hace que en estas mujeres con trastornos de conducta no encajen en ese *modelo de madre*.

> *M: Sí* ***que lo hemos intentado*** *con Raquel, en su momento no fue forzosa.*
> *ES: No forzosa.*
> *M: Pero es que con esta mujer le hemos atendido tres embarazos.*
> *TS: Tres más ella ya tenía.*
> *M: Más ya tenía varios* ***custodiados****, por eso te digo que es que* ***hay mujeres que están empeñadas en que quieren ser madres y ahora lo voy a conseguir.***
> *ES: Pero lo intentamos hablar con ella por supuesto, de mil maneras.*
> *M: Y sí que en el último…*
> *ES: Dándole muchas opciones.*
> *M: En el último parto* ***quedamos*** *en que se iba a hace****r la ligadura de trompas,*** *pero se echó para atrás.*
> *ES: La solicitó ella en el ginecólogo* ***en una revisión****, es que yo estaba con ella, por eso me acuerdo mucho, pero el día del parto cuando le dijeron ahora te ligamos,* ***dijo ella no.***
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

La patología dual es considerada un situación difcultosas para **la toma de desiciones** entorno a la maternidad por parte de las mujeres, por ello, en algunas ocasiones abodan el tema sin que pareza de manera forzada.

> *ES: Así que no. Y ahora tenemos una paciente también **con problemas de salud mental** bastante severos, el ginecólogo nos ha dicho, o sea por supuesto **tampoco nada forzoso,** sino que empecemos a hablar del tema con **ella y tampoco quiere**. Así que bueno seguiremos esta línea, o sea vamos a hablar del tema, vamos a contarte qué opciones hay y hasta ahí llegamos.*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

La violencia institucional también se aprecia en la poca priorización y escasas plazas que hay para las mujeres con trastornos adictivos. La necesidad de las existencias de los recursos exclusivos es en parte para que este tipo de mecanismos discriminatorios no sigan sucediendo

> *Pues hay menos plazas para mujeres, las comunidades tienen más plazas para hombres y sabemos de primera mano, de trabajadoras de una comunidad mixta de Jaén, en la época del COVID daban prioridad a las plazas masculinas que a las femeninas, cuando había plazas libres priorizaban que ingresasen los hombres y no las mujeres. Y sabemos que las **listas de espera de las mujeres son más largas**, tienen que esperar más **tiempo porque no hay plazas** para mujeres, esa es una **barrera importante**.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Mujeres privadas de libertad

Violencia de género

En cuanto a las mujeres privadas de libertad, la violencia de género es muy comun entre ellas. Según el informe de ‘’Víctimas de violencia de género en prisión’’ (2023) un 72,6% de las internas afirman *haber sidio en alguna ocasión víctima de violencia a menos de sus parejas*.

> *Muchas han sido víctimas de violencia de género y muchas víctimas de violencia sexual, así que ya vienen con esa carga previa.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

Delitos subsidiarios

Según las profesionales las mujeres privadas de libertad, gran parte de ellas han sido condenadas por delitos que han realizado sus maridos. No les condenan a ellos si no a ellas (delitos subsidiarios). Con esto no quiere eximir casos donde si haya autoría de delito.

> *Y es verdad que en cuanto a los delitos, pues muchísimos **delitos de las mujeres son subsidiarios**, o sea es ella estaba allí, entonces ella se come el delito, el **marrón** y el hombre se **queda en la calle**. Eso pasa mogollón, mogollón, mogollón. (…) sea ahí el 90% de las mujeres están por delitos de tráfico de drogas, pero que el marido está en la calle y sigue vendiendo, ¿sabes? y ella pues se lo ha comida.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

La **violencia de sexual** en los centros penitenciarios por parte de los hombres, como se verá más adelante, es el **control de la fecundidad e intentos de concepción forzosa** por parte de los hombres. El control que ejercen los hombres pasa por coaccionarlas durante los vis a vis a mantener relaciones sexuales sin protección. La **solicitud de la píldora postcoital** hace llegar a esta conclusión a las profesionales sanitarias a cerca del control sexual y la carencia de **habilidades sociales de ellas** en la negociación de **tener relaciones sexuales seguras.**

Mientras la relaciones sexuales no se realizan con protección ante la negativa de los maridos, los datos de la evalución del Programa de Ser Mujer (Ministerio del Interior, 2019),[102] se recoge que **el 96,7% de las mujeres participantes del porgrama afirmaban que no es obligatorio tener relaciones con el marido si ellas no querian,** al unisono con las mujeres que no participaban en el programa, un 91,2% afirmaba que no era obligatorio tener relaciones si ellas no quieren. (Ministerio del Interior, 2019, pág. 37). Esta ambivalencia (disonacia cognitiva) entre la opinión y los comportamiento que suceden y atiende a razones **de desabilidad social,** adcribirse a la opinión considerada socialmente correcta.

Violencia de género asociado a la adicción.

El inicio de consumo y la dependencia a una sustancia puede ser producido por la violencia de género en la pareja, aumentando los **mecanismos de control hacia ellas (economicos, psicologicos y físicos),** por ello en los centros penintenciarios esta asociación entre la violencia de género y un trastorno de consumo exige un trabajo de manera especifica a la dependencia.

[102] En los centros penitenciarios la formación en educación sexual es abordada en programas como Ser mujer, que se lleva ejecutando en centros penitenciarios desde 1994.

> *veía mucho en mujeres era que había consumos forzados o de alguna manera condicionados por la pareja hombre, agresora,* ***pareja hombre agresor****. Muchas veces incluso sus primeros consumos eran con este señor, o de jóvenes o ya más mayores y demás, pero siempre muy* ***asociado a esa relación de violencia****. Y ellos utilizar el ahora que está con esa dependencia al consumo, ahora que estás con esa adicción, utilizo el pues ahora no te traigo, ahora te dejo con síndrome de abstinencia, ahora con todo el mono*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

El **Programa Ariadna de Fundación Atenea** atende a la población de centros penintenciarios con trastornos de conductas adictivas con un enfoque alejado del enfoque en la sustancia y basado en *la reducción de daños, la prevención de recaídas y el proceso de cambio en el que se encuentra la persona para la superación de la drogodependencia* (Fundación Atenea).

La violencia de género durante su condens tambien es sufrida estas mujeres. El programas deintervención en los centros penintenciarios llamado *Ser Mujer* focalizado en el empoderamiento de las mujeres en prisión, confirma que un **30% de las mujeres que se han autopercibido como maltratada, declaran que siguen sufriendo acoso** durante la estancia en prisión (Ministerio del Interior, 2019).

El control social al que están sometidas las mujeres en prisión por parte de sus maridos se da también cuando se encuentran los maridos fuera del centro penitenciario. El siguiente caso es del control ejercido para poder asistir a talleres de educación sexual.

> *Los maridos al final siguen teniendo mucha presencia, tanto si están en otro módulo de la cárcel como si están en casa, vamos, que se pueden enterar.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Módulos de familias de los centros penitenciarios.

En España es posibible convivir con la pareja condenada en un modulo que se denomina, modulo de familias. Sin embargo, algunas de las profesionales consideraban que el número escaso de familias en ese módulo es debido a la violencia de género de sus parejas.

Otro tipo de violencia, es la violencia institucional. En los centros penitenciarios, se manifiesta de diferentes maneras, por ejemplo, al no priorizar a las mujeres en los itinerarios de conducción para controlar sanitariamente los embarazos. Junto a esto, la violencia institucional también hace que las

mujeres que **no son de lengua española**, desconozcan sus estados de salud ante la falta de intérpretes que condicionan. Durante la salida de campo nos informaron que parte de los diagnósticos de una de las internas era traducido por el *Google Traductor* gracias a una de las funcionarias de prisión.

La **violencia institucional también está vinculada a la violencia económica** por la imposibilidad de las mujeres privadas de libertad (en módulo de mujeres en centros penitenciarios) para acceder a cursos y adquirir cierto grado de autonomía. Los cursos en los módulos de madres son inexistentes. No pueden estar mezclados con los hombres y al ser esto la gran mayoría, son estos los que se reciben la gran parte de los cursos. Además, queda pendiente la admisión de los cursos.

La localización de los centros de penitenciarios hace que en algunas ocasiones las **conducciones sean mucho más difíciles** para la asistencia sanitaria de las mujeres. Esto como con otros aspectos de las mujeres privadas de libertad, es consecuencias de estar internas en módulos de madres o de mujeres en centros penitenciarios y no en centros penitenciarios exclusivos de mujeres. La diferencia en el enfoque de necesidades con perspectiva de género hace que los servicios básicos para tratamiento queden aplazados.

> *Pues acercaros a Alcalá, es una cárcel divina, o sea una cárcel, es una fantasía, o sea talleres, talleres de laborales, un vivero, millones de cosas, las mujeres están ahí mejor que en brazos. Tienen una ginecóloga que va dos veces al mes, una matrona, enfermeras, médicos, farmacéutica, de todo, o sea allí, no yo tengo que pedirle a la farmacia de la calle, o a veces ha pasado de tener que ir yo por la tarde a la farmacia a por un tratamiento, yo u otro compañero, porque hay que llevarlo al día siguiente. Es que hay una farmacéutica allí in situ que hace todo ese trámite.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

Mujeres en riesgo o en situación de riesgo exclusión residencial.

Las mujeres sin hogar han vivido numerosos tipos de violencias y formas de coacción por su situación de vulnerabilidad residencial. La categoría ETHOS considera que vivir bajo un mismo techo en presencia de violencia es una situación de vivienda insegura*: Personas que viven bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia.* Como hemos visto, la violencia en la vida de las mujeres es una de las vivencias constantes.

> *TS: Sí, toda la parte de **sinhogarismo y de violencia** está totalmente, totalmente **entrelazada siempre,** siempre, o sea siempre, es como **antes, durante y después**, ¿sabes?*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La **violencia de genero vivida** por las mujeres sin hogar es considerado uno de los factores de la situación de sinhogarismo. Existe un apunte sobre el aumento de las mujeres sin hogar promovido por la huida de una situación de violencia de género, el aumento de la identificación de la violencia de género por parte de las mujeres se considera que es mayor a día de hoy, con lo cual esa situación hace que se expongan en mayor medida a situaciones de exclusión residencial antes que a la violencia de género.

> *Ellas a lo mejor **ante una violencia de género, p**or poner un ejemplo, que es lo que hoy en día **por desgracia está en auge,** aguantan **menos**, entonces es más, **abandonan el hogar**. Antes como que era más, **dependía del marido** y ahora es como que toma **más las iniciativas** de decir **no quiero eso,** me busco otra cosa.*

Recurso para personas sin hogar

Normalización de la violencia de género.

A su vez, de manera aparentemente contradictoria, los equipos profesionales nos señalan que la exposición a la violencia de género crea una normalización de la violencia, volviéndose indetectable durante la creación de nuevas relaciones.

> *Sí, sí, claro, o sea muchas mujeres te cuentan que han sufrido violencia con otros agresores y que ahora tienen una relación que va fenomenal. Pues esa relación que va fenomenal si le das tres días, obviamente, o sea una relación muy sana no es, porque además tú ya no, yo digo que tienes ya el termostato jodido, tú ya no sabes que eso es violencia porque para ti es lo normal. Entonces, claro, es violencia para ti, para ti no, para ti es que así se trata a la gente. Entonces muchísimas mujeres identifican, o vienen, o quieren hablarte de relaciones de violencia pasadas y nos cuentan la actual, que para ellas es maravillosa.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Durante la **búsqueda de un alojamiento seguro** las mujeres se encuentran en unas continuas de decisiones coartadas exponiéndolas a situaciones también de violencias. Las **necesidades de alojamiento seguro** incluyen la opción de vivienda o habitación compartida con posibles coaccionados intercambios sexuales.

> *TS: Sí, esto que te comentaba, para poder estar en **una habitación compartida**, yo le digo a las compañeras, para mí ya todo es **prostitución encubierta**. "Es que mi amigo me deja **que me quede en su casa,** vienen **mis hijas** ahora de Colombia y su amigo me deja que me quede en su casa". A ver, **nadie te deja gratis que te quedes en su casa.** Entonces*

*estas mujeres están continuamente a**bocadas a círculos**, a espirales en las que la falta de alojamiento y la necesidad de protección se vincula con la violencia sexual.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

*Tengo una habitación alquilada y el compañero me acosa, pues eso te puedo decir que todas. Pero es que no tengo dónde irme. Cuántas mujeres inician relaciones que **son relaciones de violencia para tener un techo.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

El trabajo domestico encubre algunas de los **tipos de sinhogarimo femenino**, esto forma parte de sinhogarismo invisible. Las profesionales alertan de esos mecanimos de coarción que pueden desplegarse ante la posible ser echadas a la calle. Esto trabajos que pueden estar vinculados a trabajos internos, tienen la cortapisa bajo el control de de estancias fuera de la casa con horarios estrictos.

*En todos **los talleres hablamos de esta nueva modalidad** de servicio doméstico, en la que tú vas para cuidar a una persona mayor o para limpiar una casa y tarde o temprano salta que tienes que **acceder a otro tipo de prácticas sexuales.** Esto está a la **orden del día**.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

El impacto de la violencia sexual genera desconfianza hacia los hombres en los recursos y hace que las exponga a una continua inseguridad y alerta psicológica. Las profesionales destacan la **importancia de los recursos exclusivos** por la violencia vivida de estas mujeres.

Tú estás en un recurso mixto, has sufrido una agresión sexual y cuando por la noche te cruzas en la cocina con un señor que va a por agua tú lo que estás pensando es en coger un cuchillo para defenderte si te agrede

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Las consecuencias en la SSR de la violencia sexual en las mujeres sin hogar

Las vivencias traumáticas procedentes de las violencias sexuales son tan impactantes que no son asimiladas por las mujeres, una de las principales barreras para **la identificación de dolores crónicos originados por estas violencias sexuales** y con ello la detección médica tardía de estas dolencias y el posible tratamiento psicológico pertinente y a tiempo.

*Posibles traumas que puedan tener o si tienen problemas en sus **relaciones sexuales**, que muchas también por esos traumas pueden **tener vaginismo, dispauremia,** todo eso y al final eso todo es de trauma, cuando **tienen esos dolores** o frente a **las relaciones***

> ***sexuales**, ¿sabes? Y una terapia más relacionada con esos temas porque ya te digo que eso, que muchas veces no reconocen lo que **han experimentado o vivido.***

Personal de CP exclusivo de mujeres

Multiples formas de la violencia institucional.

La violencia institucional, engloba la falta de acceso y cobertura de adaptación de los recursos a las mujeres sin hogar, ya sea alimentaria, sanitaria y de seguridad hacia su integridad. Como aspectos generales, la violencia institucional englobaría, los horarios y la localización entre los recursos y la localización de los recursos en la ciudad, estos tres aspectos con fundamentales para comprender la cronificación de la pobreza. Los horarios cerrados abocan de nuevo a la calle cronificación de situación.

> *Algunos sí, algunos se pueden quedar porque tienen como plaza que llaman de centro de día, que es que puedes estar por el día y otros a las ocho de la mañana te dicen buenos días, empieza tu jornada.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La **localización entre los recursos** en la ciudad **crea itinerarios o recorridos asistenciales**, como es el caso de los recursos que ofrecen comidas diarias, sin embargo, una de las principales barreras para el acceso a los **recursos de pernocta** para personas sin hogar, es la localización alejada de estos centros.

> *Chocan con que algunos **de los comedores sociales** como de entidades religiosas así potentes están **muy ubicadas en el centro,** entonces algunas de estas personas **prefieren dormir en la calle** que irse a Puerta Abierta o a Luis Vives porque, claro, es que luego **para ir a comer,** lo que les cuesta, si a mí me **cuesta hora y media**, **imaginaros a estas personas.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La **cercanía entre estos recursos** es considerado clave para la inclusión, sin embargo, en la actualidad la lejanía entre algunos de los recursos de pernocta (como el centro de acogida municipal, Juan Luis Vives) hace preferir la pernocta en la calle, pero la posibilidad de comer, generando una **mayor cronificación.** El conocimiento de estos itinerarios es clave para poder conocer herramientas de anclaje al territorio.

> *Sea, la gente es verdad que tienen como su ruta (…), porque tienen ya los recursos donde desayunan, donde comen, donde meriendan y donde cenan. Entonces está tan alejado, que es lo que dice Ana, si no hace excesivamente frío ni excesivamente calor duermes en*

cualquier sitio y al día siguiente haces tu itinerario, claro, porque lo otro es como irte al más allá.

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La localización del recurso en las partes alejadas de la ciudad genera que se **cronifiquen la situación de pobreza** [103]. Quizás la posibilidad de poder hacer un mapeo de los lugares desde la perspectiva de la itinerantica y la movilidad social sería un plausible acercamiento a la realidad de las personas con barreras de accesibilidad (ya sean de carácter económico como de conciliación).

*Bueno, en la red de personas sin hogar los macrocentros están totalmente aislados y totalmente fuera de cualquier tipo de transporte público o conexión. (…) O sea, cuando **ves donde está el recurso** y llegas dices pero cómo traes a una persona **aquí,** porque luego **entras** y dices es **como una ciudad**. Claro, es como una ciudad porque no te puedes **ir de aquí**, o sea tienes **que vivir aquí.** Entonces dice es como **una ciudad por dentro,** es que no te queda otra. Cuando llega **por ejemplo la Vives**, está al lado de **un depósito** donde lleva los coches la grúa*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La lejanía de los recursos y entre ellos, hace que la intervención sea muy difícil y con ello iniciar un proceso de **recuperación y de autonomía** y sobre todo de recuperación psicológica ante violencias.

*Pues este año a dos de los más grandes que hay, que son Puerta Abierta y Vives. Bueno, en la red de personas sin hogar los macrocentros están totalmente **aislados y totalmente fuera de cualquier tipo de transporte** público o **conexión.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La **intermitencia de las mujeres** en la asistencia de centro de acogida y de día no permite crear un vínculo para iniciar un proceso de inclusión, tampoco de profundizar en sus problemas y exponer posibles soluciones.

*El a**cceso es muy difícil,** entonces casi que **esas mujeres no vienen**, las perdemos, aunque ellas digan que sí **que quieren iniciar** un proceso y quieren **venir** y quieren **conocer el proyecto,** están tan lejos que e**s imposible venir aquí de forma semanal.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

[103] Esta idea se asemeja al proceso de guetificación. Para más información, se puede consultar este artículo '' Ciudad y globalización. Hacia la constitución de nuevos espacios sociales'' (Díaz Orueta, Fernando) donde se desarrolla los procesos de guetificación en Estados Unidos (en concreto la página 16). Véase aquí.

Una de las ventajas del aislamiento de la urbe de los recursos como Puerta Abierta (en Madrid) hace que los equipos profesionales puedan crear **cierta estabilidad y posibilidad** para impartir programas de intervención.

> *Por eso el proyecto lo que plantea es que **vamos nosotras** a **los centros,** porque si no es verdad que es que había mujeres que no tendrían **acceso ni a la información**. Entonces lo que **hace el proyecto** es que nos **desplazamos, nos desplazam**os nosotras a los recursos, para que por lo menos, tú vas, haces un taller, en el taller ya **planteas una serie de cuestiones**, ya dejas una **información,** ya cuentas algo, pues que haya como ese **acercamiento básic**o. pues que haya como ese acercamiento básico porque si no es verdad, que hay mujeres que no saldrían de esas mini ciudades*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Las decisiones de las mujeres sin hogar de alojarse en el espacio público gira entorno a las violencias vividas, por ello es importante tener en cuenta que la **orografía de la ciudad** la cual puede ofrecer lugares percibido como seguros para evitar estas VG's. Si bien en zonas de costa y zonas de ciudad de interior cambian su capacidad de protección se pueden dar cierto **grado de cronificación en los asentamientos** que a las mujeres sin hogar no les parece seguro, es el llamado **sinhogarismo invisible**, la búsqueda de lugares ocultos para poder sentir seguridad ante violencias.

> *Aquí por ejemplo en **Granada la gente que está más así tipo en la calle, la gente joven yo creo que tira más para las cuevas,** que pueden **ocupar alguna cueva** y tal. El año pasado también, o sea las que hemos tenido así de regulares, Rosario sí que era en torno a 50, la mujer de Emilio por ejemplo en torno a 40, lo demás ya**, la gente joven creo que son casos más de venir un par de días, o viajera.***
>
> **Recurso para personas sin hogar**

La violencia institucional también se manifiesta en la falta de protección y seguridad a la discriminación de género que viven las mujeres en los albergues. La violencia a al que están expuestos dentro del albergue hace que prefieran vivir en la calle.

> *-Ahora este año estoy bien, estoy con metadona, pero aquí muy bien y dentro de lo que cabe, yo estuve conociendo el albergue, muchos años en la calle también y la verdad que me atendieron muy bien, pero no es sobre la mujer, es más bien al hombre, las mujeres nos están discriminando mucho, no tenemos protección ninguna, estamos en la calle, está por ejemplo, mi compañera está durmiendo en un patio, sola, ahí no pasa policía, no pasa nada, qué **protección tenemos.***

> *-Yo ahora mismo estoy en el **albergue,** pero yo martes tengo la salida y ya **no tenemos más días**, ni tampoco quiero **más día**s porque es que **yo prefiero dormir en la calle.***
>
> ***Grupo de mujeres en situación de sinhogarismo y con consumos activos***

La violencia institucional pasa por la inexistencia de protocolos ante la violencia de género, en este caso acoso, en los recursos de personas sin hogar.

> *Y muchas compañeras que nos dicen es que **le tengo todo el día en la puerta del recurso**, claro no puedo hacer **nada porque está** en la calle, **no hay una medida** y él está en **un banco. (…) O sea, por ejemplo, Casi y La Rosa están al lado, pues mujeres que están en La Rosa y el agresor está en el Casi, pero es que es como si me agresor está en la puerta de enfrente.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

La existencia de acoso y violencia sexual también se ha dado en otros recursos como son **los pisos compartidos** en los cuales la convivencia es inevitable.

> *Tenemos una mujer, (…) vive en alojamiento compartido, tiene menor a cargo y entonces es un alojamiento **donde comparte con familias,** ¿no? Se ha repetido en varias veces que la familia con la que comparte **el hombre le propone prácticas sexuales**, le dice que le gusta mucho, etc., etc.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Aun con la falta de protocolos sobre violencia de género en los recursos de personas sin hogar, los equipos actuan de **una manera improvisada ante la violencia de género**. El siguiente ejemplo retata el caso de la violencia física.

> *Sí que estas situaciones ya lo ves claramente cuando viene una mujer con el ojo morado o, en fin, en situaciones lamentables (…) Y que saben que nosotros inmediatamente vamos a intervenir, que en el momento en el que veamos que una la viste a las ocho de la tarde y al día siguiente a las ocho y media de la mañana la ves con la cara así, sabes que algo que le ha pasado y entonces **ellos temen también que nosotros** con nuestras habilidades, (..) temen que también nos digan, **pues me ha pegado, no me ha pegado**, que saben **que nosotros actuamos en cero coma**, vamos.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

En los recursos abiertos de personas sin hogar la coerción como mecanismo de control por parte de las parejas es también percibida por los equipos de intervención.

*o sea quiero **decir no hay una agresión** muy evidente **del hombre sobre la mujer,** pero lo que sí es evidente y no se muestra cara al público es q**ue hay un control** y hay un **comportamiento autoritario** y **posesivo** por parte **del hombre**, en los casos que nosotros vivimos aquí.*

Recurso para personas sin hogar

La situación de inseguridad de las mujeres sin hogar las obliga a están en una relación que en apariencia les ofrezca seguridad, situándose bajo los caprichos sexuales de la pareja de manera coaccionada.

*Pues si es que como **soy mujer y** estoy en la calle y **si este me protege** y se quiere acostar conmigo, pues **no me queda de otra,** está en un punto totalmente contario **al empoderamiento.***

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

La exposición a diferentes tipos de violencia por el paso de albergues, casas de acogida generan poca protección y seguridad en las mujeres sin hogar.

*Entonces estas mujeres están continuamente a**bocadas a círculos**, a espirales en las que la falta de alojamiento y la necesidad de protección se vincula con la violencia sexual.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La ocupación como solución parcial a la inseguridad.

La ocupación residencial como una alternativa residencial general cierta seguridad ante la violencia en la vía pública, considerándolo como una opción factible. La ocupación de las personas sin hogar puede llevar a reiteradas ocupaciones residenciales en cortos periodos de tiempo.

*Yo en un año he **estado en tres casa**s ya diferentes de okupa, en tres casas y tú dices una casa de ocupa, sí, pero en una casa de okupa tienes casa, que he estado un año o dos años como hemos estado en la corrala que nos hemos llevado ocho años y a los ocho años te ves en la puta calle porque han preferido 5.000 euros (..) y ahora dices venga va, y ahora te ves en una calle con 5.000 euros y qué haces tú con 5.000 euros, qué haces con 5.000 euros, me tuve que meter en otra casa de okupa, sí, tuve que pagar 300 euros y después qué hago con el restante, tengo mi hija la mayor, después tengo tres hijos más, pero vamos que mi hija la mayor (..) gracias a dios en estos momentos, la tuve también que ayudar, qué hago yo con (*

Grupo de Mujeres Sin hogar

Aunque la ocupación residencial será una alternativa residencial aun así siguen reconociendo que se sigue presentando como una práctica inseguridad.

> Por qué no **en la casa de okupa**, por qué no nos metemos, porque **no estamos protegidas.**
>
> **Grupo de Mujeres Sin hogar**

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

En el caso de las mujeres supervivientes de trata su derecho a una vida libre de violencia ha sido violentado desde el momento de la captación, pasando por la intervención policial y en las asistencias técnicas. Además, las **múltiples violencias a las que están expuestas se relacionan entre sí.** El caso de una situación de prostitución forzosa conlleva una violencia sexual con elementos que impactan en su integridad física.

> *T.S: **Y sufren también abusos.***
> *C: Claro, y eso es lo que iba a decir, y entonces **todas ellas violentadas de una manera o de otra,** o sea es muy frecuente que alguna de ellas te diga que las **recogieron aquí** y las **soltaron en mitad** de la carretera.*
> *T.S: Que **la violaron**.*
> *C: Que **la violaron** por supuesto.*
> *T.S: Que **la han hecho daño**.*
> *C: Claro, aparte de que la han hecho d**año en sus partes íntimas** o que digamos que **dieron el servicio entre comillas** y que **no le pagaron después**, o le **robaron incluso** lo que llevaba. Entonces estamos **hablando de una situación muy crónica.***
>
> **Centro de acogida y encuentro**

La situación de desprotección y control que están expuestas estas mujeres en prostitución forzada, pasa por **controlar la comunicación e impidiendo** la asistencia sanitaria en un momento de extrema urgencia, como es una violación.

> *incluso cualquier **urgencia de situación de violación**, pues tendría a alguien **a quien acudir,** ¿sabes? porque también date cuenta que ellas **están incomunicadas**, que si ellas tienen que llamar a policía porque le **ha pasado algo,** ellas **no tienen móviles,** vamos, yo hasta el momento no conozco**, ellos sí, pero ellas no tienen ningún tipo de teléfono** ni forma de comunicarse con nadie para poder hacer una denuncia.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

Necesidades detectadas para poder promocionar el derecho a una vida libre de violencia

Las múltiples violencias a las que están expuestas las mujeres de los perfiles estudiados requieren de una revisión y mejora de los recursos, así como su localización en la propia ciudad, para poder asegurar el permitir el acceso a la sanidad, recuperar los itinerarios sanitarios desde una seguridad a su integridad.

La estigmatización por la violencia sexual, contribuye a un alejamiento de los recursos sociales y sanitarios, especialmente de las mujeres que tienen dificultades a los servicios sanitarios provoca que acaben con patologías sin tratamiento, como VPH.

Las vidas institucionalizadas presentan de manera contradictoria, violencias instituciones especificas las cuales contribuyen a empeoran la salud de las mujeres, un ejemplo señalado son algunas mujeres privadas de libertad, que pueden presentar patologías reconocidas, pero no tratadas. Por ello, se requiere de protocolos específicos, así como instituciones exclusivas que satisfagan la recuperación de procesos traumáticos originadas por las violencias. La asistencia sanitaria también debe de poner el foco en las consecuencias en la salud comunitaria que puede suponer establecer barreras en acceso.

2.1 El derecho a una vida libre de maltrato, penas crueles, inhumanos o degradantes.

> **‘’Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo, prácticas tradiciones dañinas; la esterilización forzada; la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, genero, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de a la persona’’**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Algunos de los tratos degradantes e inhumanos han sido producidos por la violencia género y algunos tipos de discriminación, como es la discriminación aporofóbica y clasista. El estigma social de estas mujeres produce que haya **falta de escucha, descredito e incredulidad** en la comunicación de patologías, dolores o ciertos síntomas por parte del personal médico y de los entornos sociales de ellas, llegando a darse tratos inhumanos. El **acompañamiento profesional**

es una de las medidas de intervención clave para poder ser escuchadas, de hecho, algunas profesionales consideran que esto puede llegar a mermar su autonomía, que consideran que a veces sin su acompañamiento este tipo de actitudes no serían frenadas. El estigma especifico producido por los trastornos adictivo, situación de calle o cualquier otra circunstancia que pueda servir de dispositivo para activar los tratos crueles y degradantes.

Este derecho sexual y reproductivo tiene relación con el derecho a **la no discriminación** puesto que en gran parte es incumplido por formas de discriminación y estigmatización; en cierta medida también el alcance del grado máximo de salud al limitar el acceso a la sanidad pública o los tratamiento; y en menor medida pero también sostiene relación con el derecho a información, integridad, libertad de opinión, y en un plano de reparación con el derecho a sobre todo derecho a justicia e indemnización.

Mujeres con trastornos adictivos.

El **trato degradante** en las mujeres con trastornos adictivos ha sido principalmente procedente de su **entorno social,** especialmente por el estigma de la mujer con adicciones. El apoyo familiar durante los procesos de recuperación es mayor hacia los hombres que hacia las mujeres, como mayor es la legitimación del consumo. De hecho, la diferencia en el trato familiar y de las amistades hacia hombres y mujeres con adicciones, procede únicamente del **doble estigma** de las mujeres.

> *Y mis amistades, cuando lo has dejado, bien; pero cuando has estado con el consumo, muy mal, con desprecio, tratándote mal. Cuando lo has dejado, bien, porque ya estás luchando contra eso, ya estás diciendo quiero cambiar.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos adictivos**

Este maltrato durante **los procesos de recuperación** es clave para el abordaje de una mejora en la autoimagen de las mujeres, y en algunas ocasiones de la autoimagen de madres.

> *TS.2: Mucha más preocupación por ellas que por ellos de cómo les van a ver sus hijos, en plan es que qué va a **pensar de mí mi hijo**, es que **mi hijo** solo me va a recordar como una **alcohólica, mucho más.***
>
> *M: Ya tenemos al hijo también diciéndonos, por ejemplo, esta paciente, la última, o sea el hijo aquí presionando, a **nivel de medicina familiar** también, en atención primaria presionando por la, "mi mamá consume", cuando seguramente él también y…*
> *E: Claro, y está mucho **más estigmatizada y señalizada** ella.*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

> *Más, pero para las mujeres, mucho más sufrimiento, mucho más abandono y más soledad, muchísima más, sobre todo soledad y abandono, muchísima más, muchísimo.*
>
> ***Mujer con trastorno adictivo***

Durante **el periodo de gestación** algunas mujeres han relatado un trato inhumano por parte de sus parejas. De hecho, la violencia de género que es ejercida durante los procesos de gestación es una de las grandes preocupaciones del Ministerio de Igualdad (2020), el cual creo un protocolo de detección como instrumento para el abordaje de esta realidad tan poco visible y con consecuencias irreversibles en los fetos y en las propias madres [104].

> ***Entonces él se despertó, yo estaba con todo el barrigón y se puso con el niño un poco mal, pues porque se había puesto así, empezó a gritar.*** *Yo le empecé a* ***decir que el niño era un bebé,*** *que qué culpa tenía* ***él de que nosotros*** *nos hubiéramos* ***quedado dormidos*** *y empezó a* ***decir pues que yo*** *cómo estaba sin hacer nada, "pues tú que estás sin hacer nada", pues lo que* ***se le ocurrió decirme*** *en aquel momento.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos adictivos**

Se hace imposible conseguir alcanzar el **grado máximo de salud** cuando **el trato médico infravalora las peticiones** a las mujeres con trastornos de adicciones. En algunas ocasiones este trato inhumano por parte de los médicos y del personal sanitario ha tenido consecuencias irreversibles en su salud. Un ejemplo es el caso de un diagnóstico tardío al detectar **un cáncer de garganta** tras la insistencia de la paciente y sus múltiples asistencias en urgencias.

> *Tenemos el ejemplo de X que tenía un problema* ***también de salud mental,*** *con dolores de oídos* ***durante meses****, yendo a urgencias* ***cada noche*** *y dándole* ***largas****, sus gotitas, su medicación, al final resultó que era* ***un cáncer de garganta,*** *quizá si pudiese ir* ***acompañada de un familia****r desde el primer día con otras habilidades o algo seguramente a lo mejor se* ***hubiese detectado antes****.*
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

Mujeres privadas de libertad.

Con las mujeres privadas de libertad y en la línea **de infravaloración que se da en las mujeres con trastornos adictivos, se encuentra la incredulidad,** siendo esto una de las actitudes más comunes de los equipos médico, de hecho, la incredulidad muestra la falta de confianza en el relato de las mujeres cuando trasmiten una dolencia.

> *que hay mujeres que ya tienen* ***poca credibilidad****, porque dicen "mira tía, tú me la lías todos los días, te estás metiendo con todo el mundo, no sé qué, pues es que ahora me*

[104] Es importante destacar que en esta guía se recogen los tres periodos clave del embarazo con cada tipo de violencia en cada una de ellas, durante el embarazo, durante el parto (controlar los niveles de anestesia pro ejemplo) y en el puerperio (negarle el acceso al o la bebe). (Velasco Juez , Caño Aguilar, & Martín de las Heras, 2020, pág. 21).

viene así y no te creo, entonces déjate de milongas te puede salir bien o te puede salir mal porque hemos vivido situaciones donde, pues ***incluso muertes de mujeres,*** *que habían pedido asistencia y que no la tuvieron y al final fallecieron. O sea que se han dado situaciones en las que, claro, es que al final pone en manos de alguien que no sabe el llevarte al médico o no, pues tiene esas cosas,*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Pues como no sea yo que le diga "por favor Pedro, o Juan, o lo que sea, mírala". Si yo no estoy no las van a ver

Personal de CP con módulo de mujeres

Conducciones a embarazas con grilletes

El **trato degradante hacia las internas embarazas** también se encuentra presente cuando las obligan **a ir esposadas durante la conducción, en el furgón policial durante el traslado a centro médico de referencia o al hospital de referencia**. Además, como se ha señalado anteriormente las salidas a las que están expuestas estas mujeres embarazadas son más de las habituales puesto que no se cumplen los itinerarios completos y requieren más salidas al estar gestando.

O sea, esto no ha pasado una vez, eso pasa siempre, o sea las mujeres cuando están de parto, en los prolegómenos del parto pueden salir al día dos veces o tres al hospital. Lo que eso supone y vete, ambulancia, bájate de la ambulancia, vete esposada, vete allí, que te reconozcan, a veces les quitan las esposas y a veces no, que te reconozcan con esposas. O sea, tú imagínate, esto tres veces.

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

La situación de ir esposadas en el furgón genera en las mujeres estados de ansiedad que provoca que ellas mimas rechacen las salidas a los hospitales. El siguiente fragmento narra la situación de una mujer con una **patología cardiaca** que la suponía altos niveles de ansiedad las conducciones por eso ella recibía tratamiento psicológico previo a la conducción. El desarrollo de las conducciones es una situación tan estresante que algunas de ellas postergan **la salida a los hospitales unos meses más adelante, cuando estén de permiso.**

C: Luego muchas de ellas también ***retrasan esas pruebas porque dicen****, bueno, pues si voy a tener permiso d****entro de dos meses****, pues me espero, hago* ***coincidir la cita con el permiso*** *y me evito tener que montarme en el furgón y que me* ***acompañe la guardia civil, q****ue al final es una situación muy estresante. Pero, claro, ya estás demorando y retrasando esas pruebas o lo que necesiten.*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Asistencia ginecológica con grilletes

En algunas ocasiones la asistencia sanitaria ginecológica se realiza con los grilletes, es por esto que algunas internas no quieren salir a las conducciones.

> *Pero hay veces que están en el ginecólogo y no les quieren quitar las esposas, o las llevan atrás, pero fíjate, embarazadas y con las esposas, a los 9 meses y atrás, Tela ¡eh! Entonces muchas de ellas no quieren salir al hospital, no quieren salir a hacerse la prueba del azúcar, no quieren salir porque ha salido cinco veces.*
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

Durante la visita a la unidad de madres, una de las internas comentó que, teniendo dolores preparto, el traslado fue muy tardío. Una vez la asistieron en el hospital los profesionales sanitarios solicitaron su vuelta al centro penitenciario. La mujer que se encontraban pródromos de parto del parto afirmaba que no fue escuchada y que a pesar de los dolores negaban que estuviera de parto.

Los equipos profesionales consideran que la **sobremedicación por cuestiones de salud mental**[105] es una realidad muy común en los centros penintenciarios, sin embargo, a nivel adminstrativo, la continuidad de la medicadión es dificil una vez esten fuera, por la imposibilidad de acceder a un informe médico a salida de los centros penintencias. Esta situación, hace que ellas corran el riesgo de no continuar su tratamiento.

> *C**: Bueno, por lo general el trato no es muy amable.** Bueno, también yo creo, a**parte de explicar la situación, la mayoría de ellas salen, en prisión se les medica muchísimo,** sobre todo en t**ema de salud mental**, entonces están muy medicadas, entonces ellas salen y **salen requiriendo ese tratamiento,** entonces yo creo que van al médico y dicen "no, es que yo me tomo esto". Entonces **el médico al final** como **no tiene una historia clínica** adonde basarse, pues tiene q**ue basarse en lo que ellas están diciendo**. Entonces ellas les dicen **que sí, que sí y el médico les dice que no puede recetar eso sin una historia.** Entonces yo creo que a veces **no es muy amable el trato en ese sentido porque,** yo entiendo por **una parte a los médicos** que no quieran **recetar o prescribir un tratamiento que no saben de dónde viene,** pero también hay que entender a ellas que de la noche a la mañana no pueden dejar un **tratamiento determinado.***

[105] Según la Encuesta de Salud y Consumo de Drogas (2022): El 38,4% ha sido diagnosticado/a, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional. La prevalencia es mayor entre las mujeres (42,3% vs 34,3%), siendo el valor más elevado entre las mujeres de 35 a 44 años (46,9%). Los hombres tienen más diagnósticos de esquizofrenia y las mujeres de depresión y trastornos de personalidad. A niveles generales, la prevalencia es mayor para la depresión (18%). El tiempo en tratamiento es mayor para las mujeres (9,6 años) que para los hombres (8,7 años). Las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental o emocional, en general reciben menos apoyo familiar que las personas sin problemas de salud mental (Plan Nacional sobre Drogas., pág. 18).

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

El estado psicologico al que estan sometidas las mujeres privadas de libertad hace que se les retire al regla, por ello cuando se encuentran en los recursos residnecuales exclusivos que se entiende como un contexto más humano, provoca que se recuperen sus **mesntruales normales**.

> *Claro, el tema emocional también, que también les **afecta mucho estando en prisión**, ¿no? todo el tema emocional porque nosotras vemos por ejemplo m**ujeres que luego están aquí en el piso** y te dicen "es que ya me ha vuelto la regla, es que hacía meses que no tal". Y les preguntas "¿te han hecho algún tipo de revisión?" "No, nada, nada". Entonces, bueno, ellas cuando ya empiezan, ellas **lo achacan a eso,** a la alimentación, al tema emocional, al estar en situación de estrés constante, todo eso. Cuando ellas ya **se relajan, están aquí ya un tiempo, porque también el salir** y encontrarse con todo nuevo también es una situación estresante, pero cuando empiezan a regularizar un poquito todo, **sus rutinas y sus cosas, pues vuelven** otra vez a sus ciclos y ya ellas dicen "bueno, por fin". Pero que nadie las ha, ni las ha visto, ni las ha explicado ni nada de nada.*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Mujeres en riesgo de exclusión residencial

En el caso de las mujeres en situación de sin hogar el **trato médico degradante** es percibido por ellas, siendo así que ellas mismas demandan el acompañamiento para evitar estos **episodios de violencia o de falta de escucha**. Los comportamientos desagradables por parte del personal médico proceden en parte de **la discriminación y el estigma.**

> *M: Además ellos mismos eso nos lo dicen, "es que no me tratan igual cuando tú vienes". (…) Desgraciadamente se **mantiene el estigma** a estas alturas. (…) Pero si van acompañadas por alguien que sí las pueda asesorar, las pueda defender, si ve que está viendo que hay algo que no, una actitud que no sea buena o lo que sea, pues bueno, ahí sí puede intervenir esa persona.*

Recurso para personas sin hogar

La **falta de escucha** por parte del colectivo médico viene precedida por la discriminación, de hecho, las mujeres sin hogar a veces consideran que es necesario el acompañamiento.

> *El trato, a ver, el trato médico en general con el colectivo con el que nosotros trabajamos no suele ser muy bueno, de hecho, muchas veces el acompañamiento que nos solicitan con el tema médica es básicamente porque es que no me escuchan, no es ni siquiera porque **me da vergüenza o no me sé explicar lo que me pasa,** o físicamente me encuentro tan mal que no puedo ir, muchas veces es ven tú conmigo porque es que si no, no me escucha*

Recurso para personas sin hogar

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

Las situaciones de explotación sexual han generado trauma y reticencia al abordaje detemas sobre salud. Las profesionales realizan la intervención social sin contar con todo lo que este relacionado con salud, aquello que puede generarles vinculo es aquello que no les haga referencia a la explotación sexual.

> *Pero sí que notamos esa cierta reticencia, que al final afecta en todo lo que es el ámbito de lo que significa la salud, tanto hacer un taller de tema de relajación con la psicóloga, es como que les cuesta trabajar ver que este tipo de situaciones o actividades le van a aportar también en su día a día. Y sí que es bastante complicado trabajar con ellas otro tipo de objetivos que no sean simplemente formaciones enfocadas a empleo, empleo o algo que genere algún tipo de recompensa que sea inmediata en este caso.*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

La violencia física tambien esta presente en este tipo de perfiles que en ocasiones han experimentado mutilización génital femenina. El abordaje en terminos de intervención social es adaptado a los ritmos de las supervivientes en los talleres grupales

> *Y luego tenemos también c**asos de mutilación femenina** y están participando en grupos aquí en Madrid, poquito a poco. Pero sí que todo el tema de la (..) y **todo cuesta mucho,** es de los primeros pasos que **nosotras intentamos dar**, pero para ellas entra como algo más secundario.*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Algunos equipos profesionales destacan el trato discriminatorio hacia las mujeres supervivientes de TFES, esto puede llevar una revictimización o victimización secundaria. El trato degradante puede darse según el profesional, es decir, este trato atiende a criterios aleatorios siendo una obligación de los profesionales sanitarios trata de igual manera a cualquier paciente.

> *Sí que hemos detectado bastante **maltrato hacia las mujeres**, las terminan atendiendo, pero bueno, también es **un poco una lotería,** dependiendo de quién te toque.*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

> *Pues sí que tuvimos que hacer **un segundo acompañamiento** a posteriori porque ella no sintió, por lo que nos verbalizó, que la trataran correctamente*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Necesidades detectadas para poder promocionar el derecho a una vida alejada de maltratos y tratos desagradables

Las principales necesidades detectadas y relacionadas con el maltrato y los tratos desagradables e inhumanos durante los procesos de asistencia sanitaria, son **la incredulidad**, como **la infravaloración** es una actitud señalada por los equipos profesionales a destacar para mejorar en la asistencia sanitaria. El cumplimiento de los protocolos en contextos más institucionalizados hace experimentar a las mujeres, en casos de mujeres gestantes, situaciones vejatorias, como situaciones de estar esposadas durante las asistencias sanitarias. Se requiere de una revisión o creación de protocolos y formaciones a los equipos sanitarios para ***humanicen*** **las asistencias sanitarias**, y se fomente de manera activa, real y efectiva la escucha activa, acercándose más al modelo horizontal de **medicina centrada en la paciente.**

2.2 El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.

> **‘’Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse, y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismos derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.’’**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Entre los derechos analizados el incumplimiento de este derecho ha sido uno de los **menos detectados**, en concreto **la disolución del matrimonio.** Sin embargo, debido a los **contextos sociales de los colectivos estudiados se observan** relaciones o consentimientos y acuerdos parecidos a los *matrimoniales* que se estructura de una manera muy concreta, por ejemplo, en el espacio público, los recursos de acogida, centros de día, albergues, o centros penitenciarios.

> *La intensidad con la que viven todo, pues si tú ya **estás hablando de tu marido o de** tu mujer para qué **vas a utilizar protección**, a pesar de estar **en situación de calle, a pesar** de no tener un sitio seguro **donde dormir**, esa persona ya te **da seguridad y puedes**…, yo lo que veo desde fuera, ¿no? tienen **planteamientos de vida irrealistas, irreales** y no se planean cómo dejar de meterse en situaciones de mayor vulnerabilidad como quedarse embarazadas, es como es que es mi marido, es mi mujer, lo que tenga que pasar*
>
> ***Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del año***

La **creencia del amor romántico** hace que la institución matrimonial o todo aquello que se asemeje a esta estructura anule la solicitud de consentimiento **para tener relaciones sexuales por parte de los hombres**. Las profesionales señalaban la importancia de la educación en la prevención para violencia de género para poder capacitarlas en la detección de creencias que perpetúan la violencia hacia las mujeres, como por ejemplo la creencia del amor romántico

> *Porque ahí tienes que deconstruir todo un sistema de creencias, muy bien sostenido y muy bien argumentado por toda esta sociedad patriarcal, en el que tú tienes que aprender que no tienes la obligación de mantener relaciones sexuales con ese señor, aunque ese señor sea tu marido o tu pareja*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Mujeres con trastornos adictivos

En las mujeres con trastornos adictivos se observa un **control por parte de la pareja de la mujer para sostener el nexo a** través del control de la dependencia de la /as sustancias. Se suelen dar **relaciones de interdependencia basadas en un consumo conjunto**, en el que subyace una coacción por parte de la pareja para continuar el consumo, en no permitir que la mujer abandone el consumo.

> *Y después con otra pareja que tuve, ya con esta segunda pareja, con la tercera pareja, él era consumidor de cocaína y yo era consumidora de alcohol, con lo cual nos tapamos el uno al otro, hacíamos piña, pues él consumía cocaína, yo consumía alcohol y él cocaína y éramos una piña.*
>
> **Grupo de mujeres con trastorno de adicciones**

Mujeres privadas de libertad

En el caso de las mujeres privadas de libertad, la estabilidad de la pareja, es decir si ellas continúan una relación y mantienen cierta continuidad y trasmiten a la idea de la relación consolidada, o seria, es motivo para que el criterio del centro las permita mantener vis a vis. Sólo cuando creen que es una pareja más o menos consolidada (dentro del centro) se permiten los vis a vis.

> *Bien porque coincidan en zonas comunes digamos, o bien porque se vayan conociendo y al final la cárcel sí que considere que **les puede permitir vis a vis** porque se considera una **pareja más o menos consolidada** y le permite tener vis a vis, o sea que más o menos son las relaciones. Y luego los vis a vis de quien viene a verte de fuerte, o sea los vis a vis íntimos con tu pareja.*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial

La situación de las mujeres en riesgo de exclusión residencial, la pareja estable puede llegar a legitimar algunas de las **prácticas sexuales de riesgo**. Los equipos de intervención de mujeres sin hogar, reconocen el ocultamiento a sus parejas varones de sospechas por infección de una ETS/ITS trasmitida por ellos. En el siguiente caso una de las mujeres tenía interés por conocer su **estado serológico**.

> *Al final están un poco sometidas a su pareja, a veces no le interesa que la pareja sepa, una prueba de VIH hace poco una señora, pero no quería que su marido se enterara porque era como que **no quería indagar más** en el tema porque es un tema que tenían entre ellos hablado, pero él no lo aceptaba como tal, entonces sí nos pedía que **nosotros le acompañásemos**. Pero son casos muy puntuales*

Centro de acogida y encuentro

Como **mecanismo de protección y seguridad** que las mujeres en situación de sinhogarismo establecen relaciones de protección que implican intercambios sexuales. Sin embargo, estos mecanismos de seguridad tampoco escapan de los abusos sexuales y violaciones.

> *M: pues si es que como soy mujer y estoy en la calle y si este me protege y se quiere acostar conmigo, pues no me queda de otra, está en un punto totalmente contario al empoderamiento(…) Muchas veces vienen solas, pero al final acaban con alguno, ¿sabes? que pocas veces están solas.*
> *E:¿DE AQUÍ? (del Centro de Acogida y Encuentro)*
> *M: De aquí, claro, como que la protegen o…*
> *M: O tienen **la necesidad de que alguien les proteja** y en el momento que venga alguien que puede encajar un poco, pues ya.*
> *M: Aunque sea como **no relación de pareja,** sino como amigo.*
> *M: Protección.*
> *M: Pero se les ve que se van siempre con uno o dos pues para sentirse ella más protegida.*

Recurso para personas sin hogar

> *Todos cumplen también el mismo perfil, que al final la mujer siempre busca el apoyo de un hombre para estar en la calle, ese perfil la cumplen todas las edades, que buscan siempre el apoyo de tener una pareja para estar protegida en la calle.*

Recurso para personas sin hogar.

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

En las mujeres supervivientes de TFES, las relaciones de pareja formales en las cuales se establezca afectividad son **rechazadas**, debido a la exposición anterior de violencias de género que han vivido.

> *Digamos como dos perfiles ahora mismo, pero uno de ellos sí que ha verbalizado **como cierto rechazo hacia la idea de una pareja, una pareja con** todo lo que eso implica, relaciones, afectividad, entonces sí que es cierto que pareciera que no es como su prioridad, que no es algo como en lo que ella ahora mismo por las experiencias por las que ha pasado tenga como intención de focalizar.*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

Necesidades detectadas abordar el derecho a una decisión libre de las unión y disolución de matrimonio y relaciones interpersonales.

Las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social presentan coacciones para formar y formalizar relaciones, la gran mayoría **vinculadas a situaciones de violencia de género dentro y fuera de la pareja**. En la medida que las relaciones se establecen bajo el binomio de la **dependencia y la protección** merman la autonomía y la libre decisión de unión de las mujeres para conformar las relaciones que ellas quieren.

Las relaciones basadas en la coacción requieren de ser analizadas bajo **las situaciones de dependencia específicas y entrelazadas,** relacionados con trastornos adictivos, consumos activos, vulnerabilidad residencial, los contextos de prostitución, y los contextos de privación de libertad.

Para poder consolidar el derecho a decidir libremente contraer, formar, o disolver el matrimonio es básico **promocionar la capacidad de agencia**. Las decisiones autónomas para configurar las relaciones sociales tienen que estar alejadas de las violencias de género.

2.3 El derecho a decidir tener hijos, el número y esparcimiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.

> **‘’Toda persona tiene derecho a decidir tener o no tener hijos y el número y esparcimiento de los mismo. Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductivas relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.’’**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Las mujeres en riesgo o en exclusión social tienen escaso control sobre la planificación familiar y sobre el esparcimiento de los hijos/as, en gran parte causado por el **control reproductivo que ejercen de sus parejas al negarse acceder a métodos anticonceptivos como el preservativo masculino**. La dificultad de habilidades sociales para la negociación con la pareja, las **barreras tanto adquisitivas asequibilidad y seguridad de** los métodos anticonceptivos provoca que las probabilidades de concepciones sean muy altas.

Considerar el preservativo como barrera de anticoncepción y no tanto como una barrera contra ITS/ETS hace que la probabilidad en el contagio sea más alta. Un hecho sumamente importante en el ciclo menstrual de las mujeres fértiles, es que la **continua retirada de la regla por las condiciones de vida puede llegar a una detección tardía de embarazo y una imposibilidad de interrupción de este.**

La educación sexual basada en mitos y creencias maneja información incompleta y poco veraz. Las prácticas de infertilidad o fertilidad basadas en mitos generan **faltan de autonomía para controlar su fertilidad de manera integral y científica**. La **maternidad no es elegida en algunas ocasiones**. Por parte de los equipos técnicos se considera que la gran mayoría suelen llevar a término el embarazo, por ello se dan casos de mujeres con un alto número de hijos/as. La consideración de un/a hijo/a pueda facilitar sus circunstancias de vida hace que las mujeres continuar con el embarazo.

La **idealización de la maternidad** atraviesa todas las circunstancias vitales estudiados, también en todos los perfiles, ya serán de los equipos profesionales como de las mujeres que participan en los programas y servicios. De hecho, esta idealización está vinculada con el ideal moral de buena o mala madre y sobre quien merece y no merece serlo. Las experiencias de violencia y discriminación generan un contraste en la gestación, haciendo que esta sea vivida con mayor autocuidado, rebajando los niveles de autopercepción de la discriminación hacia ellas por parte de la sociedad, generándolas cierta autopercepción de cuidado por parte del personal médico.

Algunas de las barreras para el acceso **a la interrupción del embazado es el desconocimiento de los itinerarios sanitarios** y la **poca adaptación del sistema sanitario nacional**, por ejemplo, cuando se presentan pacientes que no tienen capacidad de comprensión por el idioma español.

Mujeres con trastornos adictivos.

Maternidad no elegida

En el caso de las mujeres con trastornos con adicciones viven diferentes violencias de género, entre ellas la obligación dentro de la pareja a mantener prácticas sin protección provocando **una maternidad no elegida**.

> *Tiene tres, y ninguno, excepto el tercero que es fruto de otra relación, los dos primeros no fueron elegidos, y no estaba consumiendo ella, consumía la pareja, pero era como un poco lo que se esperaba de ella, ella se queda embarazada (…) las mujeres que han estado en una relación de violencia, pues* ***han sido obligadas a mantener relaciones****, relaciones sin medios de protección y se han quedado* ***embarazadas no eligiéndolo***
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

La planificación familiar aparece como inexistente, sin control, es una de las cuestiones que más señalan los equipos profesionales, los estados alterados por el abuso de sustancias hacen abandonar métodos barreros produciéndose prácticas de riesgo, provocado embarazos no deseados y trasmisión de enfermedades sexuales. La imagen de los preservativos esta más asociada como **barrera de concepción que como barrera de trasmisión de enfermedades.**

> *-Además también tenemos que pensar un poco, vamos a ver, en general cuando ellos tengan relaciones sexuales en qué estado están, ciegos perdidos, no todos los casos, pero que la mayoría de las veces tenemos que ver que hay un consumo y muchas veces ellas tendrán esas relaciones sexuales a cambio de, entonces si yo estoy hasta las cejas pues no voy a pensar precisamente en un condón.*
>
> *-Yo creo que ellos asocian más preservativo a no embarazo a preservativo no trasmisión sexual.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

Con la retirada de la regla confían en que no se quedan embarazadas por ello se dan tan tardío el conocimiento del embarazo.

> *ES: Sí,* ***la percepción del embarazo es muy tardía,*** *siempre.*
>
> *M: Claro, se creen que no se van a embarazar, pero de repente se* ***embarazan****. Entonces, qué iba a decir.*

ES: Las revisiones empiezan a los seis meses quizás

Unidad Móvil de Adicciones

La falta de uso de preservativo y falta de preocupación de la **retirada de la regla hace que la detección del embarazo sea tardía**. En el caso de querer la interrupción del embarazo, este proceso es a menudo habitual, puesto que se continua sin usar anticonceptivos en las relaciones siguientes. En otras ocasiones interrumpir el embarazo puede dar más de una vez en el periodo de un año.

*Y HABLANDO UN POCO DE LA **PÍLDORA POSCOITAL**, LA DEL DÍA DESPUÉS, ¿ESO OS LO HAN PEDIDO, HA HABIDO ALGÚN CASO?*

E: No, nunca, a mí por lo menos nunca me han contado de que le hayan tomado ni nada.

*POR SI ACASO LLEGA DE REPENTE UN CASO O ALGO ASÍ **QUE LO HUBIERAIS TENIDO Y** CASOS POR EJEMPLO **DE EMBARAZOS.***

*E: Eso sí, eso **sí que hemos tenido**, en concreto hemos tenido una usuaria que el **año pasado se quedó embarazada**, este año con **otro novio** diferente se ha **vuelto a quedar embarazada** y ya llevaba, no sé, **cinco o seis abortos** y era muy joven, **tenía treinta y pocos** de años.*

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

La gestación como una oportunidad.

En algunas ocasiones la maternidad y la gestación es percibida por las mujeres con trastornos adictivos como una oportunidad **para acceder algunos servicios mejores**. El embazado es visto como una etapa que **no provoca discriminación y elimina cierta parte del estigma.**

*T.S: Incluso piensan que **ese embarazo hacerle más vulnerable,** puede tener **opción a más acceso a ciertos servicios** que ellas quieren, no lo que le ofrezcan, a lo mejor tú dices pues tienes que ir al médico, eso no, pero a lo mejor en un momento dado, pues más acceso a comida, o que tengan…*
P: Algún tipo de privilegio.
T.S: De beneficio, sí.

Unidad Móvil de Adicciones

La idealización de la maternidad en las mujeres con adicciones se añade con expectativa de cuidado de otros hacia ellas, esto tienen mucho que ver con el estado psicologico en especial, con los niveles bajos de autoestima y una continua autoculpabilización.

La percepción del problema de la concepción ya te digo que es muy difícil, que es súper curioso, es que tenemos pacientes que se quieren quedar embarazadas. El embarazo es una época de la vida en la que te trata todo el mundo de puta madre.

Unidad Móvil de Adicciones

La mayoría sienten mucha culpa hacia ellas, mucho asco al cuerpo, entonces se les dan ciertas herramientas para que por lo menos empiecen a trabajar la perspectiva desde fuera.

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

El mito del hijo/a salvador.

La maternidad es vista ciertamente como una etapa donde el hijo/a aparece como un *hijo/a salvador*/a de la situación de adiccion, en la cual, desde su nacimiento será como un hito que cambiará su vida.

Porque luego es verdad que ellas siempre tienen la cosa de "no, si es que yo voy a tener un hijo y esto me va a sacar de la droga", son muy reacias también a lo del "no, no, a mí anticonceptivos no".

Unidad Móvil de Adicciones

Por parte de los profesionales subyace la idea de transmitir que la **titularidad de derechos** a tener hijos/a, sin embargo, transmiten la importancia de comunicarles los riesgos tan importantes de salud, al encontrarse en un proceso adictivo todavía.

*M: Y luego es que realmente si **tú le preguntas a ellas** y ellas te dicen que **lo quieren tener,** nosotros **no s**omos nadie, por mucho que le hablemos, que los riesgos para ti, para el bebé, es que es **su decisión, e**s su decisión y ahí n**o podemos hacer nada***

Centro de acogida y encuentro

El **desconocimento de la totalidad los métodos anticonceptivos** hace que parte de los médicos traten de intentar dar a conocer a las pacientes los métodos para mejorar su toma de decisiones y sobre todo desmitificar determinados metodos anticoconceptivos que consideran de manera erronea que pueden llegar a ser esterelizadas.

Sea al final nosotros también aunque no queramos meternos mucho en eso tratamos de convencer. (…) Tratamos de convencer, explicar las bondades, decir oye que esto no te quita, que tú puedes ser mamá, tú puedes ser mamá cuando quieras, pero no seas mamá cuando no quieras, pero forzarlo.

Unidad Móvil de Adicciones

Sin embargo, **el modelo e idealización de la maternidad** hace que los equipos profesionales insisten en adquirir determinados métodos anticonceptivos para limitar en cierta manera los embarazos.

> *Pero si yo estoy embarazada o **quiero ser madre o no quiero ser madre**, no. Ni siquiera, mira el otro día con X que empezaba "es que yo quiero ser madre"; podemos charlar entre tú y yo si es el momento o no es el momento, pero me cuesta bastante, o sea no sé qué mensaje (…)*Porque jamás quiero que ella perciba que yo estoy **pensando que ella** no puede ser madre, me parece una cosa muy, muy delicada. Así que anticonceptivo forzoso nada.
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

En los centros dedicados a trastornos adictivos, como los CAD (Centros de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid) o CTA (Centro de Tratamiento de Adicciones de la Comunidad de Madrid), suelen derivar o informar de otros recursos y dispositivos más enfocados a SSR, como pueden ser los CMS o centros de planificación familiar. En estos centros hay aprovisionamiento de preservativos y test de embarazo.

> *-Pero para el te**ma de medicación qu**e sería **la píldora, el parche anticonceptiv**o o el **implante** y tal, todo eso lo hace desde **ginecología** tiene que ser, **planificación familiar.***
>
> ***-Planificaríamos como una cita p**orque aquí no tenemos, o sea no, para que vayan…*
>
> **CAD Centros de Atención a las Adicciones**

Mujeres privadas de libertad

Maternidad obligada

Como se ha comentado antes tanto la libertad y seguridad están relacionada con la sexualidad en prisión, en concreto al darse en contexto íntimos como los vis a vis. El derecho a la autonomía en la **capacidad de decisión y de negociación** con la pareja en relación al uso de preservativo **presenta carencias en las mujeres privadas de libertad.** Una de las necesidades de las que se destacada por parte de las profesiones es el desarrollo de programas que **educación sexual** que generen esta autoestima, capacidad y desarrollo de habilidades sociales para saber comunicar cuando y como decidir sobre el uso de los anticonceptivos.

> *Ellas saben que tienen que usar preservativo para no quedarse embarazada, pues cuando vino el marido y el marido no quiere pues no se lo ponen. ¡Coño! Pues algo nos está fallando porque no se lo están poniendo y lo saben, ¿no? Es más tema de habilidades sociales, de saber decir que no a la pareja, más que el tener la información, ¿sabes? Saber*

*decirle que no**, no, sin preservativo no lo voy a hacer, es más trabajar habilidades** que la información, porque la información la tienen.*

Personal de módulo de mujeres CP

Según la Evaluación de la eficacia de un Programa de Tratamiento para el empoderamiento de las mujeres en prisión, el 24% de las mujeres del programa presentan una autoestima baja, mientras que un 24% una autoestima media, y un 50,5% de autoestima alta. A el programa es atribuible una mejora de la autoestima, una vez estas mujeres han pasado por el programa, son más mujeres con autoestimas altos y menos con autoestimas bajos (21,5%) (Ministerio del Interior, 2019) [106]. El derecho a decidir tener hijos/as no es planificado puesto que los hombres evitan los métodos anticonceptivos (preservativo), lo cual a las internas les supone **tener que solicitar la anticonceptiva alegando la rotura del preservativo[107].**

Yo diría que no se lo ponen, pero te vienen con el rollo de se me ha roto porque saben que las vamos a decir "¡Cómo no te lo pones!". Pero bueno, tampoco estamos para decirlas nada, pues si lo necesitan pues te la damos y ya está, ya está

Personal de módulo de mujeres CP

El control de las relaciones sexuales por parte de los hombres, es tal que **las mujeres solicitan a escondidas la píldora anticonceptiva diaria a los servicios sanitarios del centro penitenciario**. Muchas de las mujeres ocultan a sus parejas el tratamiento anticonceptivo. Además, las dificultades para consensuar el uso del preservativo hacen que la píldora postcoital es solicitada como método anticonceptivo, con el consiguiente prejuicio para la salud.

*Yo diría que **no se lo ponen,** pero te vienen con el rollo de se me **ha roto porqu**e saben que las vamos a decir "¡Cómo **no te lo pones**!". Pero bueno, tampoco estamos para decirlas nada, pues si lo necesitan pues t**e la damos** y ya está, ya está.*

Personal de CP con módulo de mujeres

*Una viene, "es que ayer **tuve relaciones con mi marido** y entonces por si acaso (propocioname la pildora), no usamos preservativo".*

Personal de CP exclusivo de mujeres

[106] Como se afirma en el mismo documento, aunque se considere escasa la mejora, por el pequeño aumento en autoestima alta, habría que tener en cuenta el contexto de aislamiento y contención no es igual que en un estado de libertad. (Ministerio del Interior, 2019, pág. 44)
[107] Como hemos comentado en el marco teórico, el concepto de virilidad es una construcción social la cual obliga a realizar determinados comportamientos para cumplir con esta expectativa. En este caso es el placer masculino.

En los centros penitenciarios de mujeres la solicitud para adquirir métodos anticonceptivos que implique una asistencia médica, es más factible en un centro penitencio exclusivo de mujeres que en un centro mixto con módulo de madres o mujeres, puesto que estos no tienen servicios específicos como ginecología. En le siguientes fragmentos se puede

> *Tengo una interna que le han puesto **un DIU**, por decisión **suya le han puesto**, eso le pregunté, es verdad que esta chica tiene de todo, tiene trastorno de personalidad, tienen discapacidad intelectual, tiene muchas cosas. Entonces **ya he tenido una hija que se la retiraron** y esa sí que se **la retiraron** y está **con servicios sociales** y con una familia y ella me comentó, o sea nos comentó que **le habían puesto el DIU**, y es más, el otro me dijo que **le estaba haciendo daño**, que le molestaba y tal y que le dijeron que se **lo iban a cambiar**, o sea que le tenían que hacer la **intervención** para ponerle otro que **le fuese mejor**. o sea nos comentó que le habían **puesto el DIU**, y es más, **el otro me dijo** que le estaba hacien**do daño,** que le molestaba y tal y que **le dijeron que se lo iban a cambiar**, o sea que le tenían que hacer la intervención para ponerle otro que le fuese mejor*

Personal de CP de centro exclusivo de mujeres

Por otro lado, respecto a la interrupción del embarazo en el caso de que las mujeres internas quieran es facilitado por los centros penitenciarios.

> *No sé. Lo que sí he escuchado, pero no te lo puedo decir seguro, es que sí que **se promueve la posibilidad del aborto,** o sea **que se facilita mucho la interrupción voluntaria del embaraz**o.*

Personal de trabajo social de CP

Insistencia en métodos anticonceptivos irreversibles.

La insistencia por acceder **prácticas anticonceptivas irreversibles** como la ligadura de trompas son promovidas con el argumento de no hacer sufrir a la mujer de pasar por una gestación y una posible retirada de los/as hijos.

> *Y luego **el DIU**, yo a todas las intento poner el DIU o las intento **esterilizar,** (…) pero yo a todas **las intento esterilizar**, ¿sabes? (…) quiero decir que yo no quiero que dejen de tener hijos, pero **es que las circunstancias** que tienen ellas son letales y que la mayoría tienen hijos **dados en adopción, retirados**.*

Personal de trabajo social de CP

La tasa de número de hijos/as de mujeres en prisión es alto, según el Informe del Defensor del pueblo en su informe: *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*'' (2006) el 85% de ellas son madres. En 2018, según Observatorio Social y Económico de la Justicia, de la Cátedra de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), el 75% de las mujeres privadas de libertad

son madres [108]. En cuanto al esparcimiento, las profesionlaes esparcimiento es corto, por ello consideran que es uno de lo medios para no posibilitar una vida institucionalizada en centros de acogida.

> *Entonces yo en cuanto **puedo las digo** "pero por qué no te haces la ligadura de trompas". Porque son mujeres jóvenes, están en **edad de reproducirse** y a la mínima se quedan **embarazadas** y empalman unos embarazos con otros, o sea nosotras hemos tenido mujeres q**ue tienen un bebé de 8 mese**s y está **embarazada de 4 meses,** entonces esos niños la vida que van a tener **es de mierda,** así te lo digo, con ellas, que es **una vida mal,** o en centros de acogida.*
>
> ***Personal de trabajo social de CP***

El argumento a favor de la promoción para acceder a los métodos anticonceptivos como la ligadura de trompas, es para facilitar las relaciones sexuales sin riesgo para el embarazo.

> *Entonces yo intento que se esterilicen, que puedan follar, yo les digo **puedes follar** lo que quieras, libremente, sin tenerte que **quedar embarazada,** porque ellas el preservativo, vamos, les cuesta muchísimo, si cuesta en la calle con personas normalizadas, que se ponga tu chico el preservativo, pues fíjate a ellas. Vamos, no creo que lo use ni el 0,5% de las mujeres*
>
> ***Personal de trabajo social de CP***

La crianza de los niños/as las mujeres privadas de libertad es complicada y a menudo muy diferente de la crianza. Los escasos medios económicos con los que a menudo cuentan, así como la escasa red de apoyo fuera de la prisión presentan motivos fundados para que las profesionales insistan en dar en adopción a los/as niñas/os recién nacidos/as.

> *Bueno, pues esta mujer el viernes a las dos de la tarde gestionando con la trabajadora social, que **ya la convencimos, aunque suene muy duro**, a que dé el niño en adopción en el hospital, porque recién parida, pues tú das tu niño y no da tiempo a que vincules, porque ese niño si no lo va a dar en un mes se lo van a quitar. Esta mujer se dedica a la prostitución, no tiene casa, se va a ir en mayo, no tiene nada, no **tiene apoyo familiar,** no tiene nada, pues es que **de la prisión no va a salir con un niño a la calle**, se lo van a quitar, entonces es mejor.*
>
> **Personal de trabajo social de CP**

[108] Más del 78% de las mujeres presas en Cataluña son madres y tienen una elevada tasa de natalidad. Abogacía Española. Véase aquí.

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial

Maternidades no deseadas

Es común que las mujeres que acuden a centros de personas sin hogar o alberges sean madres, uno de los principales problemas que han resaltado las profesionales es también la falta de control en su fecundidad en las relaciones anteriores. Se han visto abocadas a **una maternidad no elegida.** Las consecuencias de la salud sexual dentro y fuera de la pareja ha provocado que las **mujeres sean madres sin quererlo.**

> *TS: Mira en nuestro caso somos un proyecto que atiende a mujeres que han vivido o que están **viviendo situaciones de violencia de género y/o sexual,** muchos de esos embarazos son frutos de violaciones dentro de la pareja (…) pero sí que muchas de las mujeres, por no decirte la mayoría, por **no decirte todas de las que han tenido menores,** han tenido hijos e hijas en estas relaciones han sido fruto de una violación o de una relación sexual no consentida y no deseada. Ese es su modelo de maternidad.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

En caso de tener una relación estable, como hemos visto anteriomente, el **uso de preservativos esta infravalorado.** Sin embargo, la conscencia del preservatico como metodo **barrera para la trasmisión de enfermedades** es verbalizada como la única para evitar ETS/ITS.

> *-Vamos a ver que yo no, vuelvo a repetir, yo nunca he pedido **aquí preservativos porque yo era con mi marido**, yo llevo dos años sin estar **con un hombre** y no me ha hecho falta preservativos, ni los voy a pedir, ¿me entiendes?*
>
> *-No es porque no me voy a quedar embarazada, para **no coger enfermedades**, no para no quedarte embarazada sino para no coger enfermedades.*
>
> *-Los preservativos.*
>
> *-Para no quedarte embarazada tienes quinientos mil remedios, para enfermedades es fiable el preservativo.*

Grupo de mujeres en situación de sinhogarismo y con consumos activos

La **cronificación de la situación de calle** de esas mujeres u ocupación, hace que conozcan la gran mayoría de los centros donde hay aprovisionamiento de preservativos.

> *Y HABLANDO DE ANTICONCEPTIVOS, ¿TAMBIÉN HABÉIS PEDIDO CONDONES?*
> *-Yo no he pedido nunca anticonceptivos, ¿tú has pedido anticonceptivos? Yo no.*
> *Ah, condones.*
> *-Yo ya no tengo regla.*

-Yo tampoco.
-Yo no tengo anticonceptivos.
P: SI NECESITÁIS PRESERVATIVOS ¿DÓNDE IRÍAIS A PEDIRLOS?
A planificación familiar. ¿Hay aquí planificación familiar?
Y en la Cruz Roja también te lo dan.
P: AQUÍ TENEMOS PRESERVATIVOS.

Grupo de mujeres en situación de sinhogarismo y con consumos activos

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual Aborto como método anticonceptivo.

Las profesionales nos informan que anteriormente, las mujeres supervivientes que llegaban al recurso habían pasado por varias interrupciones en un año, el control de su fecundidad era nulo, siendo el aborto concebido como un método anticonceptivo más, llegándose a normalizar.

*Como la **normalización que pueden llegar a tener estos perfiles del aborto, o incluso de tenerlo como un método, no como un método anticonceptivo** en sí, entenderme, **pero sí como una vía de salida,** por la situación en **la que se encuentran**, por las **faltas de medio**s, por las **faltas de poder p**oner otros **medios anticonceptivos,** las dificultades, la falta **información**, por todo eso yo sí he visto **perfiles o** mujeres que pasaban por **dos abortos al año** y era como una **normalización que ellas mismas** tenían que hacer por la situación en la que están. Y sí quería mencionarlo porque aunque **ahora mismo no tratamos** a lo mejor estos perfiles aquí, pero **sí anteriormente me los he encontrado.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Desconocimiento de los itinerarios sanitarios y barreras idiomáticas.

La decisión de tener hijos o de interrumpir el embarazo en las mujeres supervivientes de TFES viene intermediado por un aspecto fundamental que las atraviesa, la **comprensión del idioma y el desconocimiento de los recursos**. Por lo que los equipos de intervención social, tienen un papel central en la información sobre recursos e itinerarios sanitarios para poder llevar a cabo los seguimientos de los embarazos o la interrupción de embarazo.

*Una chica que se **ha quedado embarazada**, que yo le he estado haciendo un **poco seguimiento**, para que ella en un principio ella **quería abortar**, después al final **no** y entonces **ha sido también** así un poco como **la desinformación que ella** misma tenía de dónde tenía que acudir, cómo tenía acudir. Y lo que tú comentas, o sea yo por todos lados lo que he visto **ha sido desinformación.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Necesidades detectadas para acceder al derecho a decidir tener hijos o no.

Se hace necesario abordar la prevención de **la violencia de género desde el plano del control de reproductivo**, decisiones sobre uso y tipo de método anticonceptivo, las concepciones forzosas y la falta de autonomía sobre el esparcimiento de los hijos. Se destaca por parte de los equipos profesionales que los recursos **deben de acercarse a este tipo de colectivo**, puesto que la información y los medios para lograrlo se encuentran institucionalizados y parte de los colectivos excluidos se encuentran fuera del itinerario por un proceso de desafiliación social.

Mejorar desde los **recursos y los programas de intervención**, asegurar desde las instituciones el acceso a los métodos anticonceptivos los criterios de accesibilidad, asequibilidad y seguridad. Trabajar de manera activa la desmitificación de los *ideales de maternidad* y los periodos como el embarazo, para no construir ideales *de salvación* ante situaciones complicadas como los consumos activos o las situaciones cronificadas de situación de calle. Se hace necesario también promover la autonomía y el poder de las mujeres de su vida reproductiva en los programas realizados en los centros y recursos asistenciales.

3 El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad

''Todas las personas tienen derecho a recibir una educación y a una educación integral de la sexual. La educación integral de la sexualidad se debe de ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer''

(World Sexual Health, 1997)

''Todas las personas tienen derecho a recibir una educación sexual de calidad, educación sexual de calidad, libre de estereotipos y prejuicios morales, ideológicos o religiosos, que favorezca una vivencia positiva y saludable de la sexualidad.''

(Federación Internacional de Planificación de la Familia)

El derecho a educación sexual y reproductiva está estrechamente relacionado con cuales han sido **los principales espacios de socialización de las mujeres,** el alcance a niveles medios de **educación formal,** y en coherencia con **el acceso a programas de educación sexual de los centros educativos y sanitarios**[109]. La educación sexual y reproductiva también es transmitida por otros agentes sociales que transmiten educación sexual de manera informal, como son las familias, las amistades y de gran relevancia como es en la actualidad, las redes sociales, la cultura audiovisual y cultura musical en general.

Se destaca que a niveles generales en la sociedad la educación sexual estar rodeada de **mitos y creencias causantes de la desinformación** procedente falta de una información, completa, clara, veraz (SEDRA, 2018, pág. 12) y científica. La falta de dedicación formativa de la institución educativa y sanitaria en sexualidad provoca una necesidad de conocimiento y empuja a la búsqueda de información y conocimientos por otros canales y medios como es internet. Es de especial relevancia que, durante la búsqueda de información, se pueda dar **la exposición a contenido audiovisual pornográfico,** este es señalado como un elemento de **la cultura de la violación** y trasmisor de exceptivas irreales expectativas sobre las prácticas sexuales.

En el caso de la educación sexual y reproductiva recibida algunas de las mujeres participantes de la investigación gran mayoría han sido por **la socialización en ámbitos familiares y de amistad**, y menos en los ámbitos educativos de los que han abandonado a una temprana edad en algunas ocasiones. La gran mayoría de las mujeres a las que se **accedieron a los itinerarios educativos fueron abandonados en una temprana edad**, con lo cual el acceso a una educación sexual en ámbitos de educación formal ha sido limitado. La información sobre ITS o ETS es escasa y de

[109] De este último elemento, se destaca la importancia de las capacidades de trasmitir conocimiento e información veraz por parte de los profesionales.

destaca cierta parte de infravaloración por desconocimiento, esto presta **concordancia con la importancia de la salud** en general de las mujeres en riesgo o en exclusión social.

> *T.S: Sí, al fin y al cabo se **trata de trabajar con ella** también la **sensibilización**, de **informar** también porque a veces pienso que también están, no **tanto como desinformadas** como **malinformadas incluso, ¿no?***
>
> *P: Una **distorsión de la información.***
>
> *T.S: Claro, distorsión de la información, o información muy anticuada, ¿no? que no está **actualizada porque** también hablamos de eso, de **mujeres de más de 40***

Centro de acogida y encuentro

Las **falsa creencias sobre las pautas de higine vaginal** hace que se realicen prácticas erroneas como el exceso de lavados vaginales. La identificación de flujo u olor en la vagina es considerado y asociado a insalubridad o suciedad corporal, con lo cual, la práctica abusiva de *lavativas* (agua y jabón) provoca una destabilización de los microorganismo y emergencia de infecciones vaginales.

> *Porque les parece que es algo sucio y entonces siempre tienen sensación de mal olor, de suciedad y hay un exceso de lavados en muchísimas culturas y en muchas mujeres, a veces hay infecciones por hongos y demás o sensaciones de picor y de sequedad y es por un exceso de higiene, más que por defecto.*

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

Se ha detectado que a su vez que la falta de conocimientos sobre SSR, la desinformación sobre prácticas preventivas, concepciones sociales sobre la anticoncepción provocan un **impacto negativo en SSR**. Las mujeres en riesgo o en exclusión social sostienen algunos mitos y creencias anticuados que tienen como causa su ausencia en los itinerarios de educación formal y sanitarios, poniendo en **riesgo su salud y la salud comunitaria**.

De hecho, las **infracondiciones de vida y de salud** de las mujeres en riesgo de exclusión social, entre ellas las mujeres en situaciones de eclusión residecial (infravivienda), hace dificil el acceso a agua potable y a materiales higienico asepticos. Aun con estas condiciones **las prácticas incorrectas de higiene vaginal se repiten varias veces al día.** Según los equipos de profesionales sanitarios esa situación es más visible en mujeres procedentes de paises latinos y mujeres de etnia gitana.

> *Pero sí que es verdad que luego en otras culturas, yo lo veo mucho en mujeres latinas y en mujeres gitanas, o sea tú imagínate en Cañada que tienes problemas con el agua y las mujeres me cuentan **que se lavan tres veces al día**, digo vamos, es que me **parece inaudito que encima en un sitio** en el que tengo problemas de agua tengo esta obsesión*

con que determinada parte de mi cuerpo tiene que estar limpia constantemente, me resulta muy llamativo.

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

Por lo contrario, aquellas mujeres tanto profesionales como mujeres participantes de los programas que si han accedido a la **educación sexual formal** (talleres o cursos de educación sexual), destacan que **la mayoría de la información era sin perspectiva de género**, con un enfoque heterosexual, obviando el placer femenino, focalizando en **la penetración como una práctica inevitable e incuestionable** promovida para alcanzar **por el placer masculino (falocentrismo)**. La educación sexual ha presentado una visión muy alejada de **una educación integral sexual.**

Los **programas de intervención han detectado una carencia en las habilidades sociales** de las mujeres para saber decir que *no* y falta de asertividad y empoderamiento para negociar las prácticas sexuales, establecer límites. El hombre es fuente de protección y al mismo tiempo de agresión. Es por esto que en los programas de intervención que fomentan el autoconocimiento, el autocuidado y la mejora de salud menstrual, y la detección en concreto de los tipos de violencias legitimadas por las relaciones desiguales y de poder entre géneros. Estas mujeres destacan que su aprendizaje actual de educación sexual ha servido para desarrollar una **rápida detección de la violencia de género, cultura de la violación y la idea del amor romántico**.

La carencia de educación sexual y reproductiva tienen relación con el refuerzo que se realiza de **la figura de autoridad médica**, la cual es mostrada como una incuestionable figura que hace desarrollar actitudes **de deseabilidad social** por parte de las mujeres en riesgo de exclusión.

Además, en las entrevistas y grupos se destacan **el tabú sobre la menstruación** y otros ciclos biológicos de la mujer, así como todo lo que implica, la higiene menstrual y salud menstrual. La **trasmisión de tabús sobre la menstruación** entre las mujeres tiene que ver con factor generacional, a más mayores más consolidados están los tabús, por ello en algunas ocasiones, las mujeres jóvenes son a veces un freno para la trasmisión de algunos tabú. Sin embargo, ciertas culturas promueven los tabús dejando de ser la edad un factor que promueva la desmitificación del proceso menstrual.

La construcción social de la menstruación provoca que actualmente coexistan dos posiciones sociales, el posicionamiento del tabú y oculto de la menstruación (desarrollado más adelante) en concreta posición con considerar la menstruación como un proceso *romántico y deseable*.

*Entonces sí que hacemos referencia a los anuncios por ejemplo, lo que vemos en la tele, que el líquido azul, las **chicas hacen volteretas cuando les viene la regla** y cuál es la realidad de las mujeres cuando nos viene la regla. O ahora se está empezando a **probar todos los materiales,** son muy fan de las investigaciones y las cosas estas, pero bueno, por primera vez **se está probando todas las compresas, támpax y demás con sangre***

> *__real,__ porque hasta ahora los estudios __no se hacían con sangre real__ si nos movemos en que la regla es una cosa azul que das volteretas, porque te encanta cuando te viene.*
>
> *P: Y lo bien que huele el aire.*
>
> *TS: Y lo bien qu__e huele el aire, las nubes, ¿no?__ Y tú en realidad lo que estás es en __tu casa que te quieres morir__*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

El **estigma de la mestruación** hace que algunas de las mujeres en riesgo de exclusión no soliticen la productos de higiene por la **vergüenza y culpa** que les supone este **proceso del ciclo biologico de las mujeres.**

> *H: Que muchas veces ya __no__ es que le cueste, __es que está asociada__ o __demonizada la regla__ y parece que cuando tiene __una regla es que soy,__ y no pasa nada, entonces muchas veces yo creo que es __ese miedo que tienen,__ por lo que viene impuesto un __poco también por la sociedad.__*

Centro de acogida y encuentro

Por parte de los equipos técnicos, la educación sexual y reproductiva recibida de manera general está focalizada hacia **la complacencia de los hombres**, dejando a un lado el placer femenino. La educación sexual y reproductiva ha trasmitido **visión androcéntrica del placer** provoca que prácticas autosatisfarías sean tabú para las mujeres.

> *Lo que estabas hablando __del conocimiento del complacer al otro__, creo que eso __lo hemos aprendid__o todas desde pequeñas, o sea sabíamos mejor, voy a hablar muy mal, pero sabíamos __mejor cómo hacer una paja a un chico con 14 que cómo masturbarnos nosotras.__*

Centros de Atención a las Adicciones

> *Claro, __la masturbación masculina forma parte del ritual de iniciación a la edad adulta para los chavales y para nosotras tenemos 40 y seguimos sin hablarlo porque sigue siendo tabú.__*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

En los centros de tratamiento de adicciones, en los recursos de asistencia a las personas sin hogar con adicciones, o en los centros de acogida y encuentro, se destaca que **el carácter asistencialista no permite profundizar en una integración como la educación en derechos sexuales y reproductivos.** La asistencia en provisión de materiales y de servicios no deja tiempo a la

prevención, así como a la intervención social y lograr para tener un mayor impacto social y poder crear un vínculo, y sin ese vínculo es imposible poder abordar aspectos de su sexualidad.

> *T.S: O viene aquí a **sus necesidades,** que se **quiere duchar** y se va. **Ducha, ropa**, se van. Y además como **saben** que estamos ahí para preguntar un **poco cómo está**, si te pueden **evitar te evitan**. Es la realidad, porque eso, porque **no quieren contarlo**, simplemente, se valoran **tan poco que dicen** para qué **te voy a contar** yo lo que me pasa si, a lo mejor ella misma **dice si eso no es importante**.*

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

Desde los equipos de trabajo, se destaca la importancia de trasmitir la **educación en salud** como valor esencial y prioritario. Desde **el enfoque de pedagogía en salud** supone situar el principio de la salud focalizado hacia la plenitud del bienestar:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS)

Poner en valor la educación sobre salud menstrual, higiene íntima, las prácticas preventivas, formación en la autoidentificación de patologías o sintomatología impactaría de manera positiva en la asistencia y derivación sanitaria, evitando y diagnósticos tardíos, o en **enfermedades avanzadas con diagnósticos irreversibles**.

Se considera necesario el abordaje de la pedagogía y educación en salud como un aspecto es imprescindible de la vida para trasmitir la importancia de la salud. Los equipos profesionales de intervención (sanitaria y social) apoyan esa labor de concienciación y sensibilización para elevar la importancia de la salud en general.

> *Entonces **hacer ese trabajo previo de concienciación** sobre la importancia de la salud y aunque no te duela, bueno, se ha diagnosticado, han visto algo, es importante seguir con **estas revisiones.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Además, la **SSR aparece en el imaginario social como un campo exclusivo de las mujeres** haciendo menosprecio a la importancia de integrar a los hombres como agentes responsables. Esto genera que la óptica en los talleres y formaciones estén enfocados a las mujeres generando de nuevo un sentimiento de única responsabilidad cuando la **realidad de la responsabilidad y el autocuidado** es compartida.

La funcionalidad de la educación sexual y reproductiva tienen que ver con la **toma de decisiones y con el ejercicio de la titularidad de derechos**, sin este pilar fundamental las decisiones, por ejemplo, sobre la anticoncepción pasan a ser decisiones de personas ajenas de las vidas de las

mujeres en riesgo o exclusión social. En cuanto al acceso de **las clases preparto**, se ha obtenido poca información al respecto.

Como veremos en el siguiente apartado, el derecho a educación sexual **se encuentra relacionado** con otros derechos como el derecho al grado máximo de salud, derecho a vivir una vida libre de violencia, la libre decisión informada para decidí de manera autónoma tener o no hijos/as y su esparcimiento.

Mujeres con trastornos adictivos

En el caso de algunas de las mujeres con trastornos adictivos a diferencia de otros perfiles de mujeres se muestra cierta ambivalencia y no tanta homogeneidad en cuanto a la formación en educación sexual, puesto que hay una parte de este colectivo que ha podido acceder a **itinerarios educativos y no han vivido una cronificación tan enraizada de la pobreza y exclusión social**.

Además, destacan que algunas mujeres en riesgo de exclusión social con trastornos adictivos, se ven **insertas en circuitos asistenciales por** una **situación de cronificación**, estos recursos y a los equipos profesionales no les ofrece tiempo a vincular y ofrecer la posibilidad ofrecerles conocimientos ni formaciones sobre educación sexual. La itinerancia entre los recursos de unos y otro hace que sean a veces entre ciudades.

> *M: O de qué **ha servicio estar seis** meses en un **recurso** para una mujer maltratada **si a los seis meses la dejan en la calle,** le compren un billete de autobús y le dicen "¿qué quieres, Granada? Granda, hala". Y vuelve aquí y te vuelves a **encontrar con el mismo círculo.** Qué ayuda ha sido, seis meses.*
>
> **Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño**

La intermitencia en los recursos es mayor en las mujeres que en los hombres con lo cual encontramos una diferencia para hacer intervención, puesto que cuanto aparecen es porque están **en una situación extrema**. El papel de mujeres como proveedoras muchas veces hace que los hombres generen un mayor vínculo con los recursos de reducción de daño.

> ***Realmente nos llegan**, el perfil que tenemos **aquí además es más** de hombres y estas mujeres **vienen además puntualmente. (…)***
>
> *P: Que van y vienen.*
>
> *T.S: Que van y vienen.*
>
> *P: Que también **dificulta el trabajo estrecho** con ellas, porque es lo que decimos, vienen, aparecen, **señal de alarma,** piden tu ayuda, ya se van y no las vuelves a ver a lo mejor **hasta dentro de dos meses.***
>
> **Centro de acogida y encuentro**

La falta de información y desconocimiento de los itinerarios para la interrupción del embarazo hace que los equipos trasmistir de **forma delicada la información** ofreciendo opciones y alternativas. El traslado de la información consideran que tienen ser delicada para no transmitir esterotipo de *mala madre.*

> *ES: Tan difícil como eso, ¿no? como el **tomar la decisión** de si quieres **ser madre** o no **quieres ser madre**, pues igual hablamos **con mujeres embarazadas**, yo te voy a explicar o te vamos a explicar qué **procedimiento** puedes seguir **si quieres interrumpir**, y si no quieres interrumpir tenemos otro **procedimiento** para tal y nada más **lejos de nosotros** el dejar caer una opinión **acerca del tema, para nada.***
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

La falta de conocimientos sobre el color de sangre en la menstruación, así como pautas de higiene sexual tanto antes como después alerta a los equipos profesionales porque demuestra que el desconocimiento de niveles imprescindibles de información impactando directamente en la detección y diagnósticos dando tardía infecciones y enfermedades.

> ***Identifiques** cuando tienes **un sangrado** si es normal o no es normal; que tengas un flujo, que si **es normal o no norma**l; que tengas **escozor o no al orina**r; **pautas higiénicas** a la hora de tener relaciones sexuales, antes y después.*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

La asociación nuevamente del preservativo con la anticoncepción y no tanto como con la prevención para enfermedades de transmisión sexual es también detectado por las profesionales de los CAD en las mujeres con trastornos adictivos más jóvenes.

> *E: Yo en adolescentes sí que trato eso, que **los anticonceptivos** no solamente es para evitar un embarazo no deseado sino para evitar **enfermedades de trasmisión sexual***
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

Mujeres privadas de libertad

Los profesionales sanitarios consideran las mujeres privadas de libertad afirman conocer sobre la totalidad de su aparato genital y esto genera una falsa confianza del conocimiento de su cuerpo.

> *Pues **saben muy poco**, aunque te dicen **que sí que saben**, pero no saben muy bien, no **saben anatomía**, o sea no saben cómo es **su aparato genital,** sí saben el choco, como dicen ellas, pero no saben muy bien. sí que saben, pero vamos, tampoco mucho, sabrán como la población así un poco de medio nivel española, ¿sabes? porque son mujeres jóvenes. En cuanto a los métodos anticonceptivos, sí, ellas saben que está la píldora, que*

está el DIU, que está no sé qué, pero no saben muy bien, pues ***la información que maneja****n yo creo que es un* ***poco parecida a la población general,*** *¿sabes?*

Personal de CP mixto con módulo de mujeres

Las mujeres privadas de libertad también se han encontrado **creencias en cuanto a la suciedad vaginal** con pautas higiénicas perjudiciales para la flora vaginal. Como se ha comentado en la introducción de este presente derecho, la identificación de los olores de los flujos vaginales se asocia con suciedad. La práctica *lavativas* hace reducir la protección micobacteriana de la vagina. Entre las mujeres privadas de libertad es más reseñado como práctica de las mujeres procedentes de Latinoamérica.

''Hay muchos ***mitos,*** *hay muchos mitos* ***que traen mitos****, pues por ejemplo las que* ***vienen de Latinoamérica*** *que se lavan la vagina* ***con agua y jabón****, porque se sientes* ***sucias y huele mal****, por ejemplo.* ***"mira no te tienes que lavar la vagina con agua y jabón porque todo el microorganismo que vive ahí se muere y entonces te salen infecciones".***

Personal de CP mixto con módulo de mujeres

Son comunes la relaciones entre mujeres en los centros penitenciario exclusivos y en los módulos de mujeres. Los **conocimientos e información sobre prácticas sexuales** seguras para el sexo oral entre mujeres son escasas, el preservativo femenino es un gran desconocido.

Lo que pasa muchas veces dentro de prisión, y esto imagino que lo sabréis, es que ***se producen relaciones entre ellas*** *y es verdad que ahí sí que hay un poco de, como previamente no las ha habido esas* ***relaciones intragénero*** *en estos casos cuando empiezan* ***a haber sí que hay un mayor desconocimiento d****e repente de ¿y tengo que preservativo femenino o qué tengo que hacer, cómo tengo tal? Sí que ahí sí que* ***hay un poco más de desinformación.***

Personal de CP exclusivo de mujeres

En cuanto al conocimiento de métodos seguros y barreras para prácticas de riesgo o ETS/ITS, las profesionales destacan que los perfiles que **han trabajado en prostitución tienen conocimientos previos y tienen información,** muchas veces proporcionadas por el grupo de pares.

ya la información de forma previa, pero es verdad que muchas de ellas se han dedicado al trabajo sexual y prostitución

Personal de trabajo social de CP mujeres

Decisiones individuales y autoridad médica.

La falta de conocimiento de salud sexual y reproductiva hace que **la autoridad médica** aparezca como indiscutible, y los consejos médicos de los equipos puedan incidir en algunas decisiones

individuales sin ser cuestionados por la falta de conocimientos sobre educación sexual y reproductiva. Un ejemplo es la toma de decisiones a cerca de la estilización mediante la ligadura de trompas, métodos de estilización

> *Pero en lo que conocen, además se dejan muy bien aconsejar, **se fían mucho** de lo que **yo les digo** y ya te digo que desde que yo estoy, pues a lo mejor hay 8 o 9 mujeres que se han puesto u**n DIU**, que es un éxito, otras 2 o 3 implantes, otra intentamos que se hicieran ligadura*

Personal de CP mujeres

La falta de información sobre riesgos y daños del consumo de sustancias en perfiles de mujeres privadas de libertad con consumos activos muestra como se ve alejada o inimaginable la situación de una posible trasmisión al compartir material de consumo.

> *O sea pero es igual **que con el consumo**, no ven esas problemáticas, o sea ellas lo que quieren es disfrutar y pasárselo bien y piensan no, a mí no me va a pasar. O sea, eso es con todo, igual que **con el consumo** y, yo qué sé, si alguna **se ha pinchado** o lo que sea, "¿pero controlabas de quién era la aguja?" Y entonces te dicen "sí, era de mi amigo"*

Personal de trabajo social de CP mujeres

En los talleres, se opta por proporcionar métodos barrera bucales para sexo oral customizando los preservativos masculinos, cuyo acceso es más sencillo. La información en estos talleres sobre las prácticas saludades para el sexo oral vienen precedidas por el desabastecimiento del preservativo femenino.

> *o sea **hay desabastecimiento,** entonces no hay preservativo femenino. Y se las dice que si van a hacer por ejemplo sexo oral entre mujeres, bueno, sexo oral, que con un preservativo lo pueden recortar y **se puede hacer también.***

Personal de CP exclusivo de mujeres

Programa de Agentes de Salud-Fundación Atenea

La importancia del desarrollo de ese programa en los centros penintenciario es la educación para la salud, mejora de la capacidad de decisión con lo cual una mejora de la autonomía y manejo correcto de la información recibida. Este tipo de programas se encuentran intimamente con la promoción y alcance del ejercicio de la titualidad de derechos sexuales y reproductivo, basado en principio de decisión libre informada. Tomando como ejemplo el Programa de Agentes de Salud desarrollado por Fundación Atenea para la prevención del VIH en los centros penintenciario. La eficaz metodologia de la *bola de nieve* impacta en las personas mejorando sus capacidades y conocimientos sobre prácticas preventivas del VIH.

> *Lo que nosotros hicimos a través de Atenea y de Ariadna es el programa de agentes de salud. (…) agentes de salud es sobre todo para reducir y prevenir conductas de riesgo, consumo y relaciones sexuales.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

El contenido de los módulos abarca un abanico muy completo para abordar de manera integral las tematicas sobre pautas de trasmisión y tambien sobre salud sexual y reproductiva.

> *Luego están los diferentes módulos (…)* ***había uno de VIH Sida****, enfermedad de* ***trasmisión sexual****,* ***la sexualidad*** *también y otros módulos más específicos también de consumo de sustancias o cóm****o se consumen*** *(...) un taller de* ***violencia de género*** *y un* ***taller de violencia sexual.*** *(…) entonces lo que* ***he hecho*** *es dividir varios talleres, uno* ***es micromachismos,*** *también otro* ***de salud sexua****l.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

Se ha destacado que las mujeres privadas de libertad su educación sexual es básica, conocen el uso de métdoos anticonceptivos, pero sin embargo se destaca la **falta de capacidad de negociación para el uso de métodos anticoncepctivos y prácticas sexuales con sus parejas**. Es por esto que la mujeres **prefieren tomar la pildora anticonceptiva diaria ante la negativa de sus parejas para evitar un posible embarazo.**

> *Saber decirle* ***que no, no, sin preservativo no lo voy a hacer****, es más trabajar habilidades* ***que la información****, porque la información la tienen.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

Programa Ser mujer

La importancia que tienen el Programa Ser Mujer es la incidencia en la violencia de género, los mitos sobre la sexuailidad, el conocimiento sobre la anátomia femenina y masculina y el ciclo mestrual. En este programa **se intentra la mejor el conocimento del propio cuerpo, del autoestima y autocuidado,** fundamentos clave para poder tene control en la mejorar la autonomía.

> ***Programa que dura todo el año****, empieza ahora* ***el curso*** *y acaba en junio y v****a orientado a mujeres que han sufrido violencia de género por parte de sus parejas*** *o…, sí, bueno, violencia de género, y es un poco, va orientado* ***a un cambio de chi****p, se trata* ***la autoestima,*** *se trata las relaciones de pareja, se trata pues eso, la sexualidad, el autoconocimiento,*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

El **impacto positivo de los programas de intervención** focalizados a este tipo de autoreflexiones y autoidentificaciones, revela que cerca del 30% de las mujeres que se han autopercibido como maltratada.

Impacto del programa autoidentificación como victimas

Entre las mujeres en riesgo de exclusión durante los talleres y terapias grupales es muy destacado la previa **falta de identificación al maltrato y tipos de violencias de género**, en concreto la violencia sexual. La **cultura de la violación normaliza** este tipo de prácticas sexuales que hace que cuando de reflexiona de manera colectiva se producen las identificaciones individuales. La eficacia del **Programa de Ser Mujer**, como indicador clave para evaluarla el mismo, se basa en la autoidentificación de las mujeres como víctimas. La percepción subjetiva de la condición de superviviente de violencia de género de consigue mediante las sesiones.

> *Y trabajamos desde el empoderamiento**, la sororidad, el feminismo, hablamos de Ana Orantes,** de los tipos de violencia, para que lo identifiquen, se produce este efecto espejo entre ellas, de cuando una empieza a contar **algo que le está ocurriendo** al resto y se siente identificada y de repente tiene **ese momento de revelación**, de eso es lo que me ha pasado a mí, y trabajamos desde ahí*
>
> **Personal de trabajo social de CP exclusivo de mujeres**

El control por **parte de las parejas está presente también en el interior** del centro penitenciario a la hora de decidir libremente las mujeres su participación en cursos y talleres. Las mujeres asisten de manera casi oculta en las actividades específicas para mujeres porque temen que sus parejas puedan no aprobar el contenido de las mismas.

> *En prisión también hemos dado alguna charla sobre sexualidad y es que hay muchas mujeres que ni siquiera sus maridos **les dejan ir a esas charlas,** con lo cual al final, pues las que menos **saben terminan sin saberlo** porque, claro, han oído que en el socio alguien va a dar una charla de sexualidad y no va a ir ahí*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

Algunos de los problemas que se presentan en los talleres es **la continuidad en las sesiones en los centros penintenciarios con módulo de madres,** puesto que el **cuidado materno infatil impide la asistencia a este tipo de sesiones.**

Escasez de personal y de recursos.

Una de las barreras más destacadas por las profesionales sanitarias y de trabajo social para poder impartir los programas, es la falta **de recursos humanos y de tiempo** en los centros penitenciarios con módulo de mujeres y centros penitenciarios exclusivos.

> *Entonces me gustaría poder hacer más talleres, que puedo hacer, pero es que no me da la vida, porque no me da la vida, no me organizo bien o yo qué sé, pero no me da la vida. Pero sí que* ***algún tallercito así,*** *una sesión corta de salud reproductiva, de contarles cuatro cosas de los métodos anticonceptivos, enseñarles. Y tengo el material y lo estoy preparando, tengo unas láminas.*

Personal de CP con módulo de mujeres

Necesidades formativas especificas

Las **necesidades formativas en base** a la salud sexual y reproductiva, abarcar desde una mejora en el desarrollo de habilidades sociales para la negociación en las relaciones interpersonales, mejora de la capacidad de las decisiones en el ámbito íntimo y personal , desarrollo de la consciencia de los derechos sexuales y reproductivos trasladando la idea de la titularidad de derechos, y entre otros conocimientos para la identificación de enfermedades de trasmisión sexual y por último trasladar la mejora de , mejorar la valoración

Por otro lado, **las necesidades formativas** detectadas por el personal sanitario focalizadas hacia la mejora de la atención materno-infantil, son trasladar la importancia de un cuidado especifico durante el embarazo, las pautas de cuidado tras el parto (puerperio) y formaciones para la mejora del bienestar del bebe.

> *A mí me encantaría darles* ***charlas de educación sexual,*** *lo sea me encantaría dedicarme a eso, o a hacer un* ***día de lactancia,*** *o cuidados* ***del puerperio****, o masaje infantil*

La información y educación del cuidado de los niños se considera que es escasa, en concreto en el ámbito nutricional.

> *Otro factor el cultural de ellas, son mujeres, no digo todas, pero que su* ***educación nutricional es escasa,*** *que es muy normal ver niños de ocho meses comiéndose a las diez de la mañana una bolsa así de patatas Lay's de jamón york y queso, o sea eso es como lo normal.*

Personal de CP mixto con módulo de mujeres

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial.

En el caso de las mujeres sin hogar o en riesgo de exclusión social, presentan falta de educación sexual por el abandono de itinerarios educativos, algunos procesos migratorios complicados y manteamiento de algunas prácticas higiénicas basada en mitos y mala información. Entre sus canales de información la gran parte a la familia y las amistades, que funcionan como agentes prioritarios de conocimientos.

*E: Me imagino que algo muy básico, el entorno cercano, tampoco es de gente que tenga una educación muy superior, entonces pues lo que h**ayan atendido en el colegio y** lo que hayan escuchado en su **entorno familiar y de amigos.***

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño.

La falta de educación sexual tiene consecuencias como **el desconocimiento de la importancia del uso de preservativo**. Las campañas de distribución de preservativo pueden llegar a ser ineficaces si las mujeres en riesgo de exclusión social no perciben la importancia del uso y las consecuencias de su falta de uso.

*-La cosa es que no toman **ni conciencia** a la hora de **utilizar preservati**vo, cuando hicimos la campaña de los preservativos.*

- Es verdad.

- "Yo para qué quiero esto".

*- No nos **los cogían.***

- Que no lo querían, que estuvimos dando. A ver, que hemos llevado una campaña de estas de concienciación, "oye mira y esto para que te protejas".

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

Los equipos profesionales consideran que la falta de educación sexual integral también es propia sus equipos y que es imprescindible trasmitir una educación integral y segura.

H: Yo creo que también nosotros **necesitamos educación sexual**, el equipo, hemos estado en cursos que hemos estado un poco perdidos, en tema **de educación sexual,** es decir, creemos también que **lo conocemos todo** y **no lo conocemos todo,** a mí (..) una cosa, otro otra, entre **nosotros podemos hablar de temas de educación sexual,** yo le puedo dec**ir yo conozco est**o, pero realmente **no nos llega una formación sexual** a nosotros como profesionales, **para poder ofrecer.**

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

La necesidad de la educación sexual y reproductiva en algunas de las mujeres **que se encuentran en la calle se considera imprescindible**, puesto que según los equipos de intervención social si presenta también trastornos adictivos, los cuales se han encontrado el intercambio de dinero o sustancia por relaciones sin protección, exponiendo a un riesgo muy alto tanto de embarazo como de contagio, además de suponer un riesgo de salud comunitaria.

Los equipos de intervención consideran la necesidad de educación sexual para trasladar la importancia de la autonomía, la toma de decisiones, la autoconciencia y autocuidado.

> *IS: Sí, que es que es la base, que es que al **final es que son ellas** las que tienen que saber qué están haciendo **con su cuerpo** y qué tienen a su disposición **para evitar las cosas.***
>
> **Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño**

Los **mitos entorno a la menstruación en las mujeres en riesgo de exclusión residencial** también son señalados por los equipos de profesionales como limitantes para su autonomía y para poder trabajar con ellas los itinerarios de capacitación y autonomía.

> *Pero ellas se han **quedado ahí,** también es muy cultural, yo creo que hay mucha **población árabe así,** que tú dices ¡Jolín! Podríamos **dar un pasito** y avanzar un poco en esto. Pero es **verdad que ellas** se sienten **cómodas con lo que ya tienen,** o directamente algunas **te dicen que es que no**, pues comentarios de "no, es que **yo no salgo de casa** cuando tengo **la menstruación**, solamente puedo **salir cuando está** el sol **bajo y bajo a comprar**". . Pero es que esto, que es también muy cultural, que a lo mejor está relacionado con **ciertas culturas,** pero que son cosas que como **les da vergüenza contar,** como son temas **tabú no terminan de contar** y cuando ya se **sienten** con **confianza de contar**, pues sí que piensas necesitamos **dejar los tabús fuera** y que se empiece **a trabajar todo** esto también con estas **mujeres.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Los equipos profesionales de intervención de los centros de acogida y encuentro, muestran como las mujeres con trastornos adictivos y en situación de hogar presentan **cierta vergüenza y culpa** al solicitar los productos de higiene, tanto menstruales como ropa íntima. El tabú todavía de la menstruación hace que ellas soliciten compresas y otros productos a profesionales del **género femenino**, obviando a los profesionales masculinos.

> *Ya de primera con el tema de las braguitas, sujetadores, "no, es que son cosas de mujeres, yo me lo busco, yo no sé qué"; "bueno, pues ya está". Y cuando te van a **pedir las compresas,** "¿hay alguna compañera tuya?Entonces yo **lo que hago es intentar normalizarlo**, digo "si necesitas compresas no hay problema, o sea yo sé que **las mujeres tienen la regla,** tengo pareja, tengo madre, tengo primas, o sea que no hay problema, que me lo puedes pedir, que es normal, que no te tienes que sentir avergonzada ni esconderte ni es nada malo", "Vale, vale, bueno, pues ya está, pues sí, me hacen falta". Pero es verdad que no rompen la barrera y ya al día siguiente "oye que me hacen falta otra vez"; no, al día siguiente te vuelven a decir "¿hay alguna compañera?" y otra vez lo mismo. Entonces, bueno, pues hacen mucho hincapié en eso.*
>
> **Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño**

*M: Piden **compresas**, que a mí me llama la atención que **de 10 mujeres que vienen**, suelen venir, hay una que la pide con más o **menos normalidad,** pero las otras te **las piden a escondidas,** sin que haya nadie delante, siempre a una mujer, nunca **la piden a un hombre,** ese tipo de cosas.*

Recurso para personas sin hogar con enfoque de reducción del daño

En el proceso de normalización de la menstruación de los equipos de intervención hacen que las mujeres en exclusión residencial puedan dispongan de productos de higiene femenina de una manera libre.

*nosotras aquí lo intentamos también **como normalizar mucho**, desde que tenemos, pues estos materiales que os decimos de higiene, que se pueden **repartir cuando ellas lo necesitan.** En el baño hemos puesto para que si ellas lo necesitan vengan aquí y se cambien.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

En los albergues y centros de acogida y reencuentro sean detectado también creencias y mitos. **La mitificación de la virginidad** es trasmitida por las mujeres sin hogar también a sus hijas, en concreto sobre el uso de los productos de higiene y su potencial en la ruptura del himen. Como vemos en el siguiente fragmento, la educación formal de altos niveles de no implica que los mitos y creencias se sigan perpetuando.

*TS: Porque no ha mantenido **todavía relaciones sexuales** y a la madre le da miedo que se **introduzca nada que le pueda romper el himen,** y es matrona en **su país de origen,** imaginaros.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La falta de educación sexual provoca la perpetuación de mitos sobre la intocabilidad del himen hasta **el rito de paso** que es la primera relación. La virnigidad se situa en una etapa anterior a la primera relación que impide frenar el uso de productos de higine femenina con aplicacióninterna en la vagina. La prohibición de la autoexplotación es un mandato más patriarcal a ceder el poder a *otros*[110].

*Yo he visto mucho rechazo al támpax en población gitana, pero porque como desde muy pequeñitas **no se pueden tocar sus genitales por si acaso** hay una pérdida de virginidad, o sea no se plantean el uso, algunas sí, pero en población más excluida como la de Cañada que está **como muy aislada** y demás, o sea el támpax no lo utilizan y cuando les hablas de la **copa menstrual es algo como de qué me estás** hablando**, yo ahí no me toco**. O sea,*

[110] A modo de reflexión se desprende que la esta prohibición en la autoexplotación y de autoconocimiento puede llevar a una falta de prácticas preventivas en la detección del cancer de mama puesto que implica una

> ***manipularse sus genitales*** *es algo que tienen como muy prohibido desde muy jovencitas, entonces cualquier cosa que sea manipularse la vagina, nada, no, no se utiliza.*
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

Si bien los equipos profesioanles señalan determinadas culturas y etnias, tambien señalan que hay prácticas riesgosas de contagio (penetración anal sin protección) en población muy joven con fin de mantener el himen intacto.

> *Están a lo mejor teniendo relaciones de penetración anal sin condón y con este tema de la falta de educación,primera relación coital, tengo que llegar con este himen perfecto y sin embargo a lo mejor están poniéndose en riesgo con relaciones de penetración anal sin protección. Pero esta creencia también que me llama la atención, que he visto algún caso más, más allá de población gitana o población árabe.*
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

Las trayectorias vitales de estas mujeres exponen a las profesionales a comenzar en un estadio anterior en las formaciones y talleres, y situar la importancia de lo corporal como algo principal y esencial.

> *Entonces nosotras tenemos que* ***empezar como en esa etapa anterior*** *a todo lo demás, pero claro, es que es clave, es clave para que* ***puedan realmente empezar*** *a decidir cuestiones* ***muy básicas sobre su cuerpo.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

El control sobre el propio cuerpo tiene que ser aprendido **en estas formaciones puesto que estas mujeres se han visto sin control sobre ellos mismo**. Las formaciones aportar herramientas de autoconocimiento corporal como el autoplacer como un pilar para la toma de decisiones y la titularidad de derechos.

> *Para empezar* ***a trabaja****r* ***sexualidad*** *lo más básico es que* ***puedas empezar a hablar de sexualidad****, que sepas lo que es, que sepas que forma* ***parte de tu cuerpo****, porque todo eso está totalmente borrado de sus vidas. (…)cómo funciona, vamos a saber qué es el placer, qué es el autoplacer, porque es un nivel bastante básico de vamos a encontrarnos con nosotras mismas. Y eso obviamente está muy relacionado con* ***la toma de decisiones.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Las profesionales señalan la importancia de poder recuperar la autonomia, mediante sea recuperación del poder de su cuerpo. La recuperación de esa autonomia tienen que ser incipiente con una toma de conciencia la cual sea recuperar el poder de su cuerpo.

> *TS: Está muy relacionado con toda esta parte del **autoconocimiento y la autoestima y el empoderamiento**, ¿no? que son así como palabras muy grandes, pero en realidad **es súper importante.** Nosotras lo trabajamos mucho en grupo **esta toma de conciencia** y empezar a apropiarme desde mi propio cuerpo, hasta mi propia vida, hasta **mis propias decisiones,** ¿no? porque muchas de estas mujeres han perdido ese control.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Las **trayectorias vitales con sucesos estresantes**, como la violaciones, robos con violencia o agresiones físicas durante las situacion de sinhogarimo provoca que los ritmos de trabajo en los programas de intervención se adapten a la necesidades de las mujeres. Al igual que la mujeres privadas de libertad los talleres y formaciones aportan **autoconsciencia de las viviencias violentas** que han marcado sus vidas.

> *Que somos conscientes que también **como es algo para ellas** y **viven como procesos**, o sea el San Isidro que os cuenta Mari Cruz es un centro de **muy baja exigencia**, entonces claro, no podemos e**sperar que de ahí salga una reflexión súper clara** de todo esto, pero si poquito a poco **vamos avanzando** con ellas y se van **dando cuenta de cosas**, pues vamos, **objetivo más que cumplido.***
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

La cantidad de mitos y tabús que tienen respecto a la SSR implica que el trabajo (en aquellos recursos en los que se puede llevar a cabo, sea muy lento, si bien sí se observa cierto progreso en la materia.

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual.

La información sobre relaciones sexuales y prácticas de anticoncepción de las mujeres supervivientes TFES esta tergiversada en parte por sus trayectorias vitales y en gran culpa por la información proporcionada por los/as tratantes. Los mitos sobre la sexualidad, la idealización de las prácticas sexuales y consecuencias de los anticonceptivos están intermediadas por elementos culturales y religiosos.

> *Y luego desde su país, su familia, el entorno, desconocedor de todo lo que está pasando en España, de los métodos que aquí se utilizan, "eso es malísimo, ya no te vas a poder quedar embarazada nunca, qué te han puesto"*
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES**

Pornografía y personal sanitario sexualizado.

Los canales de información y de conocimiento de las mujeres supervivientes de TFES han estado condicionados por las vidas sexualizadas y por lo que los tratantes habían educado o trasmitido a

ellas. Las mujeres supervivientes de TFES presentan desconfianza hacia el personal médico puesto que si han expuestas a pornografía y la información y conocimiento sobre la figura médica es una imagen de la **figura de un *doctor* sexualizada**. La inseguridad e incertidumbre en la asistencia sanitaria esta medida dada por la exposición a este contexto sexualizado.

> *Nada, se me estaba viniendo a la mente con una chica joven de 17 años, sí que nos costó un **poco que fuera al ginecólogo** por una idea que tenía, que había visto **a través de la pornografía**, de que los ginecólogos eran…, o sea no los **tomaba como profesionale**s, sino que desconfiaba de ellos porque por lo que había visto eran **personas que no solo te tocaban** a ti, sino que cada vez **te tocaban a ti,** o sea tocar, a la hora de hacer una citología o tal, pues **se tocaban ellos mismos**. Entonces sí que **son mitos que le habían metido**, aparte de ella haberlo visto en **la pornografía también** era una idea como que le había reforzada la madre, o sea no solo q**ue ella lo había visto, sino que se le había reforzado.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES

Las mujeres en riesgo de exclusión en contexto vulnerables como los contextos de prostitución viven potenciado **el sentimiento de vergüenza y culpa por la menstruación.** La discriminación aporofobia unida al estigma todavía de la menstruación hace que las mujeres vivan experiencias traumáticas. El siguiente fragmento nada la escena de una mujer en contexto de prostitución en el que había vivido una

> *Recuerdo que vino en una ocasión toda llena de, **se había puesto con el periodo y vino toda manchada y venía mal**, porque entre la situación, venía mal, porque aparte la había cogido **en carretera y no tenía nada a mano**. aquí se lo podemos proporcionar, pero en ese momento se **ve en una situación de vulnerabilidad total**. Y también con lo que implica eso porque si ya **sobre este perfil hay prejuicio**, imagínate en **esa situación de que está manchada**, con todos **los prejuicios** además que tenemos **sobre el periodo todavía en este siglo** que estamos, que a lo mejor **te manchas** y lo ve como escandaloso. Y si **lo contextualizas** también en **ese momento** y en esa situación, pues **aún más,** te puede decir ¡qué asco! **Este tipo de frases,** incluso del cliente la persona que se prostituye*

Centro de acogida y encuentro

Necesidades formativas para poder abordar la educación sexual.

Las necesidades formativas requieren ser satisfechas teniendo en cuenta las capacidades de lectoescritura y la capacidad de compresión de idioma autóctono. Adaptar la educación sexual a las mujeres en riesgo o en riesgo de exclusión social, debe empezar por conocer los canales de información, los códigos lingüísticos que se usan, los posibles mitos o creencias que se manejan, prácticas tanto de prevención anticonceptiva como higiénicas, para tomar un punto de partida.

Para poder impartir talleres y formaciones, los recursos de intervención social y profesionales de los programas de intervención involucrados en la investigación, **presentan limitaciones** como los tiempos de estancia, intermitencia de las asistentes muy relacionadas con elementos de género, por problemas de escaso personal y falta de formación de los equipos profesionales, especialmente destacado por ellos mismos.

Se ha detectado que **la confianza al creer que se conoce la totalidad** de las prácticas de prevención, higiene menstrual y enfermedades de trasmisión sexual, componen una puerta a empeorar las SSR.

Una de las barreras para la asistencia en las formaciones de educación sexual y reproductiva, es **la violencia de género y el contro**l sobre las mujeres por parte de las parejas. Es necesario detectar estos límites y profundizar en estrategias para mejorar en el acceso a la educación sexual y reproductiva de las mujeres víctimas de VG's.

Es clave poder **trasladar la idea de la autonomía** a través de la educación sexual para empoderar a las mujeres en las decisiones sobre sus cuerpos y las propias decisiones sexuales y reproductivas.

4 El derecho a información.

> **''Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurado o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente''**
>
> (World Sexual Health, 1997)

El derecho a acceso a información es imprescindible para poder tomar decisiones autónomas y conscientes. El consentimiento libre informado es un **pilar básico para la titularidad de derechos** y ejercicio de los mismos. El derecho a una información compresible, clara, veraz y basada en criterios científicos, es necesaria para poder decidir desde una base real. Algunas de las barreras de la información las encontramos enraizadas en los propios **contextos de cronificación de la pobreza y los procesos de desafiliación social y asilamiento**. Como hemos visto, algunos de los perfiles viven **en procesos de institucionalización** con lo cual la información que disponen las mujeres en riesgo de exclusión se encuentra mediada por estas instituciones y servicios.

A niveles generales se han detectado **varios tipos de barreras importantes:**

- Por la parte institucional, las barreras para la información se comprenden básicamente en la **omisión el consentimiento informado**. Además, esto provoca falta de información sobre diagnósticos, desconocimiento de protocolo de pruebas médicas, conocimiento tardío de los diagnósticos y **continuidad de los tratamientos.** En el caso de la formación preparto, o en el parto (apartado de violencia obstétrica) es a menudo inalcanzable para estas mujeres. A todo esto, se añade, la **falta de comprobación** por parte de los equipos sanitarios de **la recepción y calidad de la información recibida en consulta médica**. Por último, el **complejo lenguaje médico** no facilita la comprensión por parte de las pacientes que ya presentan de por sí problemas de compresión lectora.
- Además, en el plano social, habría que considerar **factores discriminatorios y la falta de escucha** como elementos que limitan el acceso a información.
- Las barreras individuales para acceder a la información, el **analfabetismo** (presentando tasas superiores a la media), las **barreras idiomáticas** o los **sesgos de deseabilidad social**. Es importante rescatar que al igual los mitos y creencias (visto en el derecho a la educación), la información sobre acceso sanitario y asistencia, son difundidas **entre los grupos de pares**, entre los que existe una confianza plena e incuestionable. Las diferentes brechas digitales para el acceso a **información han emergido de manera transversal**, otorgando el lugar protagonista internet como fuente fiable de información.

Algunos de los recursos e instituciones con las que están familiarizadas estas mujeres como por ejemplo el CAD, **no contemplan la profundidad para informar y asistir en materia especializada en temáticas de salud sexual y reproductiva**, como puede ser informar sobre el itinerario de la interrupción del embarazo, o también puede ser que estos mismos organismos carezcan de materiales de aprovisionamiento de test de embarazo.

> *Pero no, todo lo que vaya más allá de eso se puede planificar con ellos derivando al CMS Joven, o no joven, si eres adulta.*

Centros de Atención a las Adicciones

La derivación a recursos especializados en SSR, como puede ser los Centros de Salud Comunitaria, donde ofrecen información **precisa y objetiva es imprescindible.** Además, es relevante que la asistencia y derivación sea una **manera agilizada** al sistema de salud nacional, para conocer las condiciones de salud y acceder a tratamientos a tiempo. La **clave para poder informar y asistir de manera individualizada** a las mujeres en contextos de vulnerabilidad es **adaptar medios de información** y **acercar los recursos divulgativos a sus circunstancias.**

Mujeres con trastornos adicciones.

Según los equipos profesionales, hay ocasiones en el caso de las mujeres con trastornos adictivos se hace necesario que sea el recuso el que se aproxime puesto que **la intermitencia e itinerancia a los recursos sanitarios es común en ellas.** Los equipos como la Unidad Móvil Madroño contienen en su fundamento poder localizar para captar a las personas en la vía urbana que presentan trastornos de adicciones. Destacan hacerles llegar la información, asistencia médica (como por ejemplo análisis de sangre y pruebas de VIH in situ), y generar cierta adherencia para administrar el posible tratamiento (en numerosas ocasiones metadona)

> *Una unidad que atiende a personas con adicciones en situación de exclusión social, es una unidad de reducción del daño y contempla dos programas diferenciados, uno es más de reducción del daño que se desarrolla en una unidad móvil en la calle y los objetivos son de detección, captación de personas con adicciones que **están en situación de calle la** mayoría y un poco tratar de mejorar su estado de salud, **adherirlos a un tratamiento y derivarles a la red normalizada**, si lo conseguimos**, que no siempre.***

Unidad Móvil de Adicciones

Tanto las **unidades móviles como las unidades de proximidad** son consideradas imprescindibles para que las personas en riesgo de exclusión social puedan reiniciar sus itinerarios y dotarles de información para la red de recursos, tanto de asistencia sanitaria como para recursos materiales.

> *Esos dispositivos en proximidad para sin hogar son fundamentales, desde, pues eso, el poder dar recursos como preservativos o trabajar en esta prevención, que si no es en el lugar donde está la persona, además requiere ese acompañamiento.*

Unidad Móvil de Adicciones

Una de las consecuencias de las cargas de cuidados y del doble estigma de las mujeres con trastornos adictivos, es su intermitencia en la asistencia de los grupos y talleres que se organizan desde las instituciones y recursos. Esto provoca que lo que hace que la **información sea escalonada**, en algunas ocasiones, en materia de SSR.

> *TS: Nosotros tenemos intervención grupal, intentamos hacer sesiones que tengan como **un hilo conductor** y que estén relacionadas y es difícil mantener **el mismo grupo de mujeres**, la **asistencia constante** es compleja.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

> -Alguna vez hemos hablado de **la masturbación**. Lo que pasa es que ellas no siempre, quiero decir que…
>
> -Han estado.
>
> -Que yo por ejemplo en la que se habló **del deporte no estuve.**
>
> -Claro, es que como unas veces estamos **unas y otras** veces estamos otras, pues sí.

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

Caso de la omisión de información, así como de escucha por parte del personal médico hace que las mujeres se sientan inseguras y con miedo durante los partos. El siguiente caso es el relato de una de las mujeres con trastornos adictivos que relata la falta de escucha durante su parto

> Y lo que pasa que yo en un principio no quería que me **pusieron la epidual** porque yo siempre **he sido de tensión bastante baj**a y tenía la experiencia de mi hermana que se **la habían puesto** y cuando se la pusieron empezó **a bajarle pulsaciones** y al final tuvieron que hacerle una **cesárea**. (…). Y bueno, lo que pasó es que al final me empezaron a decir que **ya no iba a ser decisión mía** (…) Y que **me la habían a tener que poner.**

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

La **falta de escucha se añade la omisión de información o información parcial.** El siguiente relato demuestra como la consecuencia del nulo consentimiento expreso de la mujer para la explotación vaginal de estudiantes. Esa situación también se dio en momentos tan clave como es un parto. [111]

> Empecé a manchar, entonces **me metieron para la sala,** me **rompieron la bolsa** y cuando me **dieron la mano me dijeron** "pues hay cosas pequeñas". Y resulta que el niño **venía de cara (…)** estaba **en el hospital**, que al ser universitario pues yo entiendo que tienen que estar los **estudiantes** también, ¿no? pues tienen que **ver las cosas**. Entonces había

[111] Como se ha podido comprobar en el relato, la explotación excesiva produjo una herida en una de las mejillas del bebe.

> **dos ginecólogas**, dos chicas **de prácticas** y dos matronas, entonces empezaron **a meter todas la mano**, pues para tocarle, pues eso, los ojitos, la nariz, la boca. Y bueno, entonces lo que intentaban hacer era **girarme al bebé,** lo que empezaron a hacer es **intentar girármelo**, para ver si podían **ponerle en la posición correcta**. (….) Entonces yo **estuve aguantando,** ellos empezaron así (meter la mano dentro de la vagina), en una de estas ya, **no os lo creeréis,** pero como habían **roto la bolsa,** el niño mordió a una de las…, te lo juro. (…) Y ya una de **las ginecólogas** dijo que parasen, porque además **mi niño cuando nació**, nació **sin un trocito de carnecita** de una de las mejillas porque **debió de ver que**…, de tanto ya **toquetear ahí,** ya dijo "pues aquí ya solo **vamos a manipular yo y la matrona**"

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

La **información parcial** por parte de los equipos profesionales médicos hace que las mujeres sientan y vivan las exploraciones vaginales como una experiencia invasiva y fuera del control de ellas, siendo además en un parto.

> -Pues me dijeron que **unas chicas de prácticas,** y bueno, pues nada más, que iban a **mirar un poco cóm**o. (…), yo creo que en **esos momentos** es una buena **manera de que ellos** vean, pues eso, cómo es realmente tocar **una boca**, para que vean la **diferencia que hay entre la cabeza**, los ojitos y demás, otra cosa es que a lo mejor tengan que avisarles y lo tengan que hacer con **una cierta técnica,** o que **ya sea demasiado invasivo,** que sea una vez, otra y al final que sean seis personas a mí me parece **un poco excesivo**.

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

A menudo **hay omisión de permiso** para las exploraciones por parte de los equipos sanitarios en presencia de estudiantes de prácticas. El siguiente caso es sobre la intervención de condilomas (verrugas genitales).

> *-Como que pierdes **un poco ahí la dignidad.***
>
> *- Pierdes **la dignidad,** es como, no **te tapa**n y además yo me acuerdo en el último que fui, que fue **aquí en el hospital de Henares**, como había una enfermera, una de prácticas, otro que estaba, y todo el mundo mirando, "mira, mira, mira", porque yo tuve **unos condilomas,** que me los tenían que quemar, los condilomas son **las verruguitas** que te salen ahí abajo y te los tienen que **quemar con nitrógeno líquid**o, o nitrato. (…) El caso es que todo el **mundo mirando** y digo pero bueno, esto **es un espectáculo**, o sea que me sentí como un poco **invadida** y todo el **mundo mirando**, como diciendo "mira, mira". Sí, pero que yo soy una persona, primero **pregúntame a mí si yo quiero que vengan esas personas a observar**, si yo quiero que…. No, o sea no lo hicieron, todo el mundo miró ahí en mis parte*

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.

Mujeres privadas de libertad

En el contexto de las mujeres privadas de libertad la propia institución coarta la información, y dificulta el acceso a la información sobre los diagnósticos de las mujeres, el acceso a innovaciones y avances científicos. Una de las barreras más importante que se encuentra en las mujeres extranjeras es que **no conocen la lengua autóctona tiene como consecuencia desconocer sus diagnósticos médicos.** Como se ha referenciado en el derecho a vivir una vida libre de violencia, incluye la violencia institucional, como es la falta de recursos para acceder a información sanitaria. Un ejemplo de ellos es el relato que nos facilitó una de las funcionarias de prisión que ella misma había facilitado la información del informe médico en el idioma mediante el Google Traductor a una interna de procedencia asiática que no tenía conocimiento sobre la lengua castellana.

Como hemos podido exponer en la parte de la violencia institucional, la falta de acceso a la información sanitaria por **la falta de protocolos de priorización**, así como la falta de documentación sanitaria tras finalizar la condena, la negativa de las mujeres por hechos vejatorios como el esposamiento durante las consultas, las sitúa a las mujeres privadas de libertad en un desconocimiento completo y continuado de su estado de salud.

Algunos equipos profesionales de los centros penitenciarios con módulos de mujeres, en este caso de madres, **han comunicado que la dificultad para poder acceder a la asistencia e información médica** cuando presentan una dolencia. La información y asistencia médica pasa por varios escalones, las mujeres privadas de libertad primero se consulten entre las propias mujeres y se proveen de materiales sanitarios que sean necesario; posteriormente si con eso no ha satisfecho o ha aliviado el dolor solicitan ayuda al funcionariado; si finalmente el funcionariado penitenciario no solventa esta dolencia, acuden a los servicios sanitarios del centro.

> *Que es un módulo que **se autoregula**, (…) o sea bueno, te voy **a contextualizar un poco.** Entre ellas, o sea ellas por ejemplo tienen, imagínate, **un picor de vagina, o problema en la mama** al dar la lactancia, entonces entre **ellas se ayudan**, entonces como las mujeres tenemos una afectividad más directa, pues entre ellas, cosa que con los hombres no ocurre, o sea tú te puede estar doliendo un grano y tú no se lo cuentas a tu compañero de celda, tú al final tienes que consultar con un servicio sanitario. Ellas primero consultan entre sus iguales, luego consultan con las funcionarias y luego ya si en ninguno de estos círculos se puede resolver ya salen al servicio sanitario. Con esto quiero decirte que la demanda de salud es mucha menor, ellas no tienen, o sea salvo cosas urgentes.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

Información para cribados de cáncer de mama.

En los centros penitenciario exclusivos de mujeres, existen carteles informativos para dar a conocer las actividades preventivas. Están enfocado a la asistencia a mamografías focalizados a mujeres mayores de 50 años (con antecedentes). Esta consulta tiene que ser solicitada por ellas mismas, por las propias internas. En el caso de las pacientes previas se las realiza pruebas cada dos años. En el caso de los centros penitenciario mixtos las mamografías se realizan cuando se realizan los cribados de cáncer de cérvix.

La trasmisión de información demuestra **el ejercicio de solidaridad entre ellas,** dejar ver que al carencia y dificultad de acceso la fuente de información experta que es optan por circulos de cuidado que como señala la profesional médica, no son situaciones que entre los hombres privados de libetad se den.

En el contexto penitenciario la información sanitaria es mediada por el personal funcionario, por ello a veces por **criterios discrecionales** interceden en el tipo la información que reciben las mujeres privadas de libertad.

> *Las funcionarias tienen un papel i**mprescindible en todo est**o, que yo digo que yo, pero ellas, o sea ellas **son las pediatras,** las psicólogas, las enfermeras, todo, porque **su primer filtro**, tienen una relación **muy cercana con ellas,** las conocen todo.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

Según, comentaba una persona responsable, los funcionarios, ejercen el control de la información sobre los cursos. Según nos informan sólo se las ve como madres y no como mujeres capaces de hacer más cosas más allá de los cuidados que implican la maternidad.

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial.

Los procesos de desafiliación social provocan aislamiento social con lo cual impiden el reinicio de **los itinerarios sanitarios y con ello la información sobre posibles diagnósticos.**

> *TS: Nada, nada, en un **mujer sin hogar,** o sea en personas sin hogar el aislamiento es una de las…, creo que os lo contaba antes, el aislamiento es una de las **características en personas sin hogar** y en violencia, son personas normalmente sin ningún tipo de redes de apoyo, ni sociales, ni familiares. De hecho, les cuesta, les cuesta mucho **empezar a generar red** y empezar a **relacionarse** desde otro sitio.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

En el caso de las mujeres sin hogar **la información muchas veces trasmitida no es entendible**. E**l lenguaje médico muchas veces no es codificable** por la población en general, como consecuencia será mucho más difícil en mujeres que presentan problemas de comprensión lectora.

> *TS: Sí, sí, totalmente y van a urgencias y se van de urgencias y no tienen ni idea de lo que las pasa.* ***"Pero ¿qué te han dicho?";*** *me dice* ***"no lo sé".*** *Y nos traen el informe, en plan "mira léelo tú, porque yo me he ido de ahí sin saber lo que me pasaba". Pero si no lo entiendo yo, o sea si no lo entiendo yo, cómo lo van a entender ellas. Entonces ellas a veces pasan por urgencias médicas o pasan por situaciones que no son capaces de trasmitirte qué es lo que ha pasado, y entonces les decimos bueno, pues tráenos el informe. Y nos lo traen y ahí leemos y deducimos lo que podemos****, pero muchas pasan por el sistema sanitario sin entender nada de lo que ha pasado****.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.**

El acceso a información muchas veces esta mediado por falta o documentación. En el caso de los programas de Salud Comunitaria de Madrid, no requieren una identificación para poder acceder a informarse o poder acceder a la sanidad.

> *La idea no es pedirle ninguna documentación, excepto la documentación que las identifica, pero no pedimos tarjeta sanitaria****, no pedimos absolutamente nada,*** *es facilitar el acceso al centro de alguna manera y en este caso a la salud sexual y reproductiva.*

Las mujeres que han vivido en situación de sinhogarismo han vivido numerosas violencias, entre ellas la sexuales, por ello las profesionales consideran que la asistencia sanitaria debería de estar sensibilizada para poder conocer las vivencias traumáticas y adaptar la asistencia sanitaria a esas mujeres.

> *Si yo no* ***he sufrido violencia sexual*** *y un señor sin mirarme a la cara me dice desnúdate de* ***cintura para abajo y s****iéntate ahí y abre las piernas, "ábrelas más, baja el culo"2.*
>
> *"RELÁJATE".*
>
> *TS: "Relájate, voy* ***a meterte*** *no sé qué". Si yo soy capaz* ***de pensar*** *cómo me siento* ***ahí****, intentar imaginaros cómo se siente una mujer que ha sufrido una agresión sexual. No va a ir. Y si va, va ir una vez porque lo va a pasar tan mal que no va a volver.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Se ha detectado los que los canales institucionales, como **las campañas de sensibilización, no alcanzan a este tipo de personas porque están en un alto grado de desafiliación social**. La falta de educación sexual y el alcance de información sobre métodos anticonceptivos hace que ellas sigan **sin tener control reproductivo**. Los equipos profesionales consideran que hay una falta de información.

*pero **igual que no se hace esto tampoco se les ofrece ninguna información** sobre **métodos anticonceptivos**, o sea las mujeres vienen aquí, se van, tienen **otra relación de pareja** y vuelven otra vez embarazadas. O sea, nadie se ha tomado la molestia de decir mira, si tú no quieres tener **hijos,** si no quieres **quedarte embarazada**, etc., etc.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual

Para las mujeres en supervivientes de trata con fines de explotación sexual, las barreras idiomáticas son uno de los grandes problemas para acceder a la información, ya sea institucional, para conocer como solicitar la tarjeta sanitaria, por ejemplo, como para la asistencia sanitaria. El **servicio de intérpretes depende** de la cada comunidad autónoma, en el caso de Madrid se cubre más de 50 idiomas [112] avisando al servicio de atención al paciente.

En la actualidad son muchas las demandas por parte de los profesionales sanitarios, pacientes de comunidades migrantes en reforzar el servicio[113]. La imprescindible labor de los intérpretes puede evitar que la información recibida a los equipos medios sea errónea o manipulada, puesto que **algunas ocasiones las figuras de acompañantes son también las de tratantes** y al mimetizarse manipulan la información.

*Muy importante porque muchas veces a lo mejor viene acompañada incluso por una mujer, e incluso por **una mujer que puede ser de su entorno**, de su misma nacionalidad y que se ofrece **a hacer de traductora**, pero precisamente es una persona que **es parte de la red,** que es de su entorno y que **va a traducir** o va a manifestar **que no quiere anticonceptivo u otro tipo de cosas**. Entonces en estos casos muy importante, mujeres **nigerianas, pedir traductor/traductora** y que entre la persona sola.*

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

El papel de las ong y del tercer sectoe s clave en este tipo de servicios puesto que ellas son las que aseguran que vana llevar una figura segura de interprete.

*A no ser que nos hayan asegurado desde **la entidad que nos la derivan** que viene con una mediadora o una traductora propia de la entidad. Pero a veces cuando viene sola y viene con esto, pues **alguien que dice que es familiar**, o que es…, pues sospechar que pueda ser **parte precisamente de la red**, eso nos hacían mucho hincapié y pedir nosotras*

[112] Cartel informativo. Véase aquí.
[113] En 2020 un migrante procedente de Bangladés falleció por la escasa información que pudo transmitir a la comunidad médica. Desde los colectivos de migrantes, es una demanda previa a la pandemia del COVID-19. ''Continúa la demanda de servicios de interpretación en el sistema sanitario''- El salto (27-05-2020). Véase aquí.

*este **servicio de traductores/traductoras** que tenemos, ¿no? y esa otra persona **que quede fuera**, porque **muchas veces efectivamente es alguien** que no está haciéndose eco de **lo que quiere la mujer***

Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid

La **figura de autoridad del personal sanitario** hace que las mujeres supervivientes de TFES extranjeras sin control y conocimiento adecuado del idioma, presenten un sesgo de **deseabilidad social**, afirmando que han entendido la información recibida, cuando no es así. El **consentimiento informado en esta ocasión es dudoso**, porque la información esta mediada por la consideración de la autoridad y de evitar una contradecir **una figura considera de autoridad.**

Tuvimos hace poco una mujer a la que cuando va a la ginecóloga ella les explica los métodos anticonceptivos, todos los que hay. "¿Quieres esto?"; "Sí, sí, sí, vale, vale, sí, sí". Sale de la consulta y cuando viene al recurso dice "¿Qué me han puesto?". Y era como "¿pero te han explicado?"; "es que me ha dicho tal, me lo ha puesto, pero no sé qué es" (…) el "sí, sí, sí". El decir sí, sí, porque una persona como de una categoría me está dando esta información y yo la acepto.

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

En las mujeres supervivientes de TFES también se han recogido algunos casos sobre violencia obstétrica. Las situaciones traumáticas que han vivido estas mujeres hacen que la asistencia sanitaria deba adecuarse y adaptarse a una atención sensibilizada.

*Pero para ella sí que lo vivió como una situación traumática, o sea inicialmente ella se quiso enfrentar a ello sola y **luego nos verbalizó que sí que había sido para ella una experiencia traumática** porque nadie la había explicado nada, no había entendido como nada y lo había vivido como, porque la habían hecho una citología entonces la había dolido, la había resultado incómodo*

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

Las profesionales de intervención social consideran que la atención recibida y el trato cercano por los equipos sanitarios en la atención primaria es imprescindible para poder tener un contacto directo y sincero, una atención especializada y acorde a la situación de las mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual.

A veces con atención primaria los doctores, las doctoras en este caso son más cercanas, encontramos uno o dos que son de confianza, donde sí que tenemos buena relación y pueden ir solas, con el comodín de que saben nuestro teléfono y si quieren decirnos algo,

un poco para asegurarse de que la información ha llegado bien nos dan un telefonazo, pero eso con un especialista pues no ocurre.

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

La importancia de las temáticas de los talleres para las mujeres en situación de explotación es más atractiva aquella que las capacita, forma y las dota de habilidades técnicas para la búsqueda de empleo, por eso aquella que está relacionada con la salud no es tan atractiva. En el caso de las mujeres que han estado relacionadas con trabajos sexuales, consideran que están *informadas*, con lo cual minusvaloran en algunas ocasiones esta información de los con lo cual no acuden a los talleres.

*T.S: Incluso que ellas **no la quieran recibir** ¡eh! que aunque esté ahí, que ellas digan, que como también **tiene tanta experiencia de vida no la necesito**, porque se **hacen talleres,** se convocan a una **persona…***

*P: Y a lo mejor **no vienen.***

T.S: Y no vienen.

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

Necesidades detectadas abordar el derecho a una información, clara, precisa, veraz y científica

Se requiere del abordaje de información veraz, clara y precisa. Es necesario elaborar materiales didácticos con información sobre SSR alejada de mitos y tabús adaptados a la realidad de las mujeres en las diferentes situaciones que hemos ido contemplando.

Las barreras al acceso de la información pueden ser mermadas mediante **una mayor financiación e implicación de las administraciones públicas,** por ejemplo, para los servicios de intérpretes, así como para la creación de dípticos en diferentes idiomas que aborden no solo información de servicios, si no también información que contrarreste desinformación, mitos y bulos. Acercar y adaptar las campañas de información y desinformación en población con cierto grado de analfabetismo o de comprensión lectora se considera una necesidad. Tener presente también la adaptación a los contextos de socialización en los entornos **más institucionalizados**, como pueden ser los centros penitenciarios los cuales la información y los canales de información están mediados y condicionados por protocolos y mecanismos de seguridad.

Es imprescindible desplegar **mecanismos de detección en las consultas médicas** para evitar la **información manipulada** de los/as acompañantes de las mujeres en las consultas, en el caso de las mujeres en contextos de prostitución.

Por último, mejorar la **capacidad de escucha** por parte de los equipos médicos durante la atención y asegurarse el alcance de la información a las pacientes, junto con esto, se podría mejorar la detección de los **sesgos de deseabilidad social** por la figura de autoridad médica haría mermar decisiones condicionadas y se potenciaría en mayor medida **la decisión libre informada.**

5 El derecho a la privacidad e intimidad.

DERECHO REPRODUCTIVO

‘’Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias. Esto incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la Sexualidad’’

(World Sexual Health, 1997)

DERECHO SEXUAL

‘’Es el derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.’’

(SEDRA, 2018)

El derecho a la privacidad e intimidad son derechos sexuales y reproductivos **diferentes, pero comparten ciertos elementos**, para ello analizaremos como ambos términos se relacionan a su vez con los mecanismos para salvaguardar la privacidad y protección de datos personales.

- La **privacidad** corresponde a el *ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión* (R.A.E). La Federación Española de Planificación Familiar Estatal (SEDRA), afirma que es *una garantía de la intimidad de las personas, de su derecho a comunicar e informar o no, sobre sus ideas opiniones, creencias, sentimientos y aspiraciones. Es el derecho a respetar lo que cada persona considera que tienen preservar en el terreno estrictamente personal. Es por tanto un derecho y un valor ético.*
- La **intimidad,** es definido como una *zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia* (R.A.E). En el caso que nos atañe es la esfera sexual y reproductiva[114].

Con estos dos conceptos aparece otro aspecto relacionado e imprescindible que **es la confidencialidad**. Este aspecto es uno de los más controvertidos desde el punto de vista del respeto a los derecho sexuales y reproductivos. En el caso que atañe a la presente investigación, la confidencialidad es un principio básico para preservar los aspectos íntimos y privados de las personas.

[114] Se encuentra además recogido en el artículo 18 de la Constitución Española. Véase aquí.

- **La confidencialidad**: *Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.* (R.A.E) La Federación Española de Planificación Familiar Estatal (SEDRA), considera que la confidencialidad es *la obligación de facilitar datos personales cuando son necesarios para para la atención a la salud se corresponde con el derecho a que se garantice la confidencialidad de los mismos.*

La privacidad pertenece a la **toma de decisiones personales** para comunicar aspectos íntimos como las vivencias sexualidades, estado de salud sexual o relaciones interpersonales A algunas ocasiones las mujeres en riesgo o en exclusión social se **ven en parte *obligadas*** a comunicar sus estados sanitarios, serológicos, o fértiles En este caso, sus **aspectos íntimos quedan desveladas** a los equipos profesionales en las intervenciones vinculadas a las prevención, información como sus comportamientos sexuales, identidades de género, hábitos sexuales, estados de salud SSR, o violencias vividas de las mujeres. Como afirma SEDRA: *en estos **casos el secreto se convierte en una obligación** de los equipos de profesionales de la salud porque en la intimidad de la consulta médica se revela información y datos cuyo conocimiento por parte de las y los profesionales resulta imprescindible para a la atención a la salud, y que las personas **no confiaran en nadie más***. (SEDRA, 2018, pág. 17).

Por último, proteger **la confidencialidad de la información** privada e íntima es competencia tanto de los protocolos de seguridad y protección de datos recogidos en los reglamentos de la sanidad pública nacional, como de **la práctica diaria de los equipos de intervención** de cada uno de los recursos y centros de acogida, tal y como recoge SEDRA: El deber de respetar la confidencialidad por parte de las y los profesionales se corresponde con el *principio de no maleficiencia*[115]



Elaboración propia

Si analizamos la relación entre los derechos sexuales y reproductivo entorno al derecho a la privacidad, este se encuentra relacionado con **el derecho a la igualdad y no discriminación**, así como **el derecho a la seguridad de la persona**. Tras la revelación de información sobre SSR que

[115] Hábito o costumbre de hacer el mal (RAE)

infrinja derechos como el de la vida, relatos que contengan actos de tortura, violencia o coerción, hace que estrechamente se relacione con **el derecho a la justicia, retribución e indemnización**.

Mujeres con trastornos adictivos.

Las mujeres con trastornos adictivos han manifestado que su elección del centro de tratamiento de adicciones debido a la preservación de su intimidad hacia su familia. La **autopercepción del doble estigma**, ser mujer y tener trastorno de adicciones, se presenta como una barrera para acceder a centros de tratamiento más cercanos de su residencia. Es por esto que muchas de **ellas optan por solicitar plaza en otros centros de tratamiento de adicciones de municipios contiguos para evitar que sus familiares conozcan su asistencia en esos centros de tratamiento de adicciones**. Es por esto que los centros que reciben estas solicitudes se coordinan para admitir las solicitudes de otros centros.

> *Hombre, si viene alguien de Mejorada, pues yo le informo, "oye mira en Mejorada hay otro centro, te vendrá mejor". Pero si me dicen "mira es que yo no quiero ir allí porque mis padres viven al lado y no quiero que se enteren". Pues ya está.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.**

La petición de admisión en un centro de tratamiento preferente tiene que ver con un aspecto clave, **el apoyo en la recuperación por parte de las familias de las mujeres es menor que en el caso de los hombres con trastornos adictivos.** Esto es debido a aspectos antes señalados en la parte del derecho una vida libre de violencia, la culpabilización hacia ellas, la expectativa de no cumplir con el rol **de *buena mujer*** y en otras ocasiones de ***buenas madres***.

Debate entre la privacidad y la intrusión

Existe una frontera entre **la privacidad y la intrusión.** Durante la intervención se requiere de conocimiento del estado de salud sexual y reproductivo para una correcta intervención que implica conocer y desvelar información intima. En algunas ocasiones la propia práctica profesional reconoce en el derecho de no querer dar a conocer su estado de salud por parte de las mujeres.

> *Hablábamos el otro día cuando teníamos **que hacer las encuestas y tal,** unas de aquí de la empresa propia[116], de cómo l**e preguntas a una persona las enfermedades que tenga** y no creo que eso es **un tema tabú** incluso con la gente que **tenemos feeling** que ellas o ellos **te vayan a confesar** que tienen tal o cual, yo lo veo ahí complicado, pero tenemos que **preguntarlo en algún momento,** o sea que esa **la veo en línea roja.***
>
> *E: Claro, a lo mejor yo **más que línea roja** lo veo un tema en el que no…*

[116] El informante se refería a la fundación en la que trabaja.

*IS: Sí, o **te va a mentir** directamente.*

*E: Que le dices "¿tienes alguna ETS?", pues será menester que te quiera contar eso, lo veo algo **muy íntimo**, pero que es normal, ¿no? que yo qué sé, por qué alguien va a querer **hablar de eso** con **otra persona** que no conoce.*

Centro de acogida y encuentro

La falta de documentación como hemos visto, puede producir cierta limitación para acceder a algunos medicamentos y requiere de un **registro protocolario que ralentiza la asistencia temprana**. Esta barrera protocolaria, es rechazada por parte de los equipos profesionales los cuales demandan que el acceso a los servicios sanitarios de pruebas rápidas, sean más eficaz y mantengan el anonimato.

En siguiente caso versa sobre un antiguo centro de detección temprana de ETS de Granada que no requería de los protocolos de identificación personal y la asistencia era ágil. Actualmente las profesiones consideran que es **imprescindible apoyar este tipo de servicios sanitarios** para mejorar salud de las personas que se encuentra con consumos activos y en situación de sinhogarismo.

*M: Y luego otra cosa que aquí había antes que estaba muy bien, que yo no sé, ahora parece que **lo quieren quitar** o **lo van a quitar** o lo han quitado o no sabemos dónde está, pero **antes aquí al lado en San Juan de Dios estaba el centro de enfermedades de trasmisión sexual, entonces era anónimo**, no sé qué, no sé cuántos, que **era justo aquí al lado** y entonces **tú podías acompañarlas,** pedías cita, **las acompañabas** y es verdad que **te hacían la analítica** de VIP, de todas las **enfermedades** de **trasmisión sexual** y…*

¿QUÉ HAS PASADO AHÍ?

*M: Pues no sabemos qué **ha pasado**, yo creo que **lo quitaron de ahí**, que estaba **encima del CDD,** se lo llevaron al **Clínico** que ya es dentro de un hospital, **tener que ir,** que de hecho yo creo que…*

*M: Te asignaban **número de historia,** ya iba ligado a tu **AN andaluz,** no como anterior que tú tenías una **carpetita con tu nombre,** de hecho, tú podáis decir que te llamabas Pilar y te llamabas Antonio, o sea eso era totalmente.*

*M**: Era anónimo.***

*M: Sí, y ahora han **recortado fondos** y…*

*M: Y **no existe** ese recurso como tal.*

Centro de acogida y encuentro

La creación de un protocolo de anonimato durante la asistencia permite transmitir confianza. Emplear protocolos sobre la confidencialidad del servicio es una mejora determinante para eliminar barreras de acceso a servicios sanitarios.

Durante la práctica profesional, hay **dos aspectos íntimos que provocan cierta reticencia** a ser abordados para poder profundizar y mejorar la intervención social. Son temas exclusivos de la privacidad de las mujeres, el primer tema es **vivir o haber vivido en contextos de prostitución** y el segundo, la relaciones **con los/as hijos/as.**

> *E: Yo creo que **muchas de ellas ejercen la prostitución** o lo han hecho algún momento y claramente **no te hablan de ello**, pero sí que hay muchas que a mí me consta que lo han hecho por cosas que **me han contado**, yo qué sé, si eso quizá sí lo veo un poco línea roja, a lo mejor **yo no me atrevo a hablarlo con ellas (si se han prostituido) ,** aunque **tenga confianza** porque yo qué sé, no es un tema de preguntarle "¿y tú te has prostituido?" No sé, quizá para ellas sea un poco vergonzoso, ¿no? (…)*
>
> *E: Bueno, también muchas tienen **el tema de que tienen hijos,** pero los tienen **sin la custodia**, eso también **lo he visto siempre un poco** delicado hablarlo con ellas, porque claro, ahí creo que sí que hay **un tema de culpa grande,** que te han quitado a tu hijo, yo eso lo veo delicado.*

Centro de acogida y encuentro

Mujeres privadas de libertad

La solitud para la asistencia sanitaria es algunos centros penitenciarios es mediante una solicitud. En algunas ocasiones el conocimiento de las demás mujeres de la asistencia sanitaria es revelado, puesto que se apuntan entre ellas en las listas. Aunque los listados en el caso de los centros penitenciarios mixtos con módulos de mujeres no son públicos, entre ellas si saben quién acude al médico y quien falta a la cita médica. La profesional que nos comunicó esta situación apuntaba **que es un entorno muy cercano por el contexto tan cerrado**, incluso **entre ellas tienen confianza** en poder contarse los diagnósticos tras las consultas.

En el caso de las mujeres privadas de libertad, es destacado por una de las profesionales, que **los mecanismos de estudio para la rebaja de las condenas**, por ejemplo, para acceder al grado 3 pasan por conocer las relaciones interpersonales de estas mujeres. Ese informe es leído por los equipos profesionales que pueden conocer con quien ha tenido visitas y con que apoyos cuenta en

el exterior. La profesional de trabajo social, considera que quizás se pueden reservar ciertos datos y que no es necesario que accedan todas las personas que estudian el caso.

> *Es verdad que sí que **hay protección de datos**, pero todo lo que tiene que ver **con la intimidad y con todo de las personas** que están en prisión es como que es todo **muy abierto,** (…) pero en general en **la prisión t**odo, en todas **las coordinaciones**, en toda la derivación, en todo lo que tiene que ver el hablar, todo el mundo habla **de ciertas cosas íntimas**, o si esta está con este, este no sé qué, o esta ha tenido relaciones con este.*

Para poder conseguir un permiso, supone que ciertos equipos de trabajo y áreas del centros penitenciario sean conocedores de algunas cuestiones intimas que quizás fueran prescincibles para poder otorgar ese permiso. La información tiene origen desde instancias internas del centro penintenciaro como las juntas de tratamiento hasta en el extterior de prisión, como son los juzgados, lo que finamente otorgan el permiso.

> *Todo se habla, todo se habla y entonces **confidencialidad la justa.** (…) que incluso **los equipos técnicos, la junta de tratamiento,** que utilizan, que la psicóloga o el psicólogo que está entrevistándose con la persona, con **el interno o la interna,** que se **le abre a ese psicólogo** o esa psicóloga, le cuenta todo, su vida, su intimidad, su todo, con quién tiene relaciones, con quién no y cómo, todo esto muchas veces, es verdad **que no se lleva toda la información,** pero sí mucha información **se lleva a la junta** y se tiene en cuenta **de cara a los permisos,** a **las progresiones de grado,** a todo y decía mi compañera que lo mejor sería, **igual que pasa en los juzgados** con **el peritaje** y demás, que sí, que hubiera la persona **que perita**, todo esto, pero **luego a la hora de hacer el informe**, o sea de **presentar el informe en el juzgado** sea otro, otro profesional, esto igual, que sea en esa junta, que haya otra psicóloga o psicólogo que haya esa traducción de ese informe, no **tanto esto** de yo me entero **de esto y pipipí** y al final nos enteramos de con quién **se acuesta o si tienen relaciones o no las tienen.***

Personal de CP exclusivo de mujeres.

Se detecta que se deberían de **mejorar los mecanismos de comunicación** para poder conocer y estudiar hasta que cierto punto detalles como las intimidades de una interna, son motivo para un permiso o no.

> *Para ciertas cosas sí, para otras pues es mejor **que cuanto más información** se tenga, pues mejor para el interno o interna, pero para ciertas intimidades o ciertas cosas que a mí tampoco **me supone mucho al tratamiento,** pues que se pudieren omitir, eso sí.*

Personal de CP exclusivo de mujeres.

Como hemos referenciado en la parte superior del apartado del resultado, la diferencia de acceso a servicios de salud y asistencia sanitaria radical principalmente en la exclusividad de los centros. En los centros penitenciarios con módulo de mujeres tampoco tienen existe privacidad cuando solicitan la píldora postcoital. Debido a que el aprovisionamiento de las píldoras postcoitales no existía, para conseguirla es necesario comprar en el exterior. **Esto implica poner en conocimiento** al demándelo a cuál es la mujer a **realizar la entrega**. En el caso de los centros penitenciarios exclusivos de mujeres la disposición de la píldora postcoital es una solicitud única a la enfermera.

> *Llamar al demandadero, que es un señor que se encarga de hacer como **los trámites de fuera** y dentro, de ir a por la píldora. Yo ya acabé mi turno de trabajo, me fui, de **asegurarme de que el demandadero** trajera **la píldora**, de que alguien cogiera la píldora y **se la diera a la interna, q**ue era fin de semana encima*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

> *Pero también damos la opción de la píldora del día después, también la tenemos. (…). La tenemos nosotras en **la farmacia***
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

Otro ejemplo de vulneración del derecho a privacidad, es en el caso de las mujeres que no controlan el idioma español, cuando la mujer privada de libertad comprende el idioma, a veces implica solicitar ayuda de traducción al personal funcionariado del informe sanitario, implicando el conocimiento del estado de salud al personal funcionario.

Mujeres en situación de sinhogarismo

En el caso de las mujeres sin hogar, la privacidad no está contemplada en ningún aspecto. Vivir estacionalmente en albergues, así como en recursos donde las estancias están compartidas, no permite tener espacios para la intimidad. El derecho a la privacidad para las mujeres sin hogar **es tan invisible como su propia situación en la calle**, el sinhogarismo invisible. La higiene menstrual está supeditada al acceso a baños públicos, porque hay elementos que puedan dificultar la limpieza como fuentes públicas que son a veces complicadas de acceder y no aseguran la privacidad. Los baños de los bares y restaurantes impiden poder estar el tiempo necesario para el aseo personal o para la limpieza de ropa íntima.

> *Porque en el **mejor de los casos** estoy 3-5 días, 24 horas menstruando, ¿Dónde me lavo, en una fuente? Me pongo un paño, ¿Qué hago con el paño? Esto nadie lo habla, nadie lo nombra, nadie lo dice y para muchísimas mujeres es una realidad. (…) pues a lo mejor si una mujer está en la calle y quiere cambiarse a gusto, quiere lavarse, quiere hacer lo que*

sea, pueda venir al baño y la pueda hacer aquí, en un sitio privado, donde puedes estar en el baño 15 minutos sin que nadie sospeche que estás haciendo otra cosa.

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La disposición de servicios como **taquillas** es considerado un elemento muy importante para poder contribuir a la privacidad y sobre todo seguridad de los objetos de las personas sin hogar. Recuperar el sentido de la responsabilidad consideran los equipos técnica también pasa por implicarse desde la higiene personal y el control de los tiempos en este tipo de tareas.

*M: Luego tienen también **servicio de taquillas** en la que ellos cuando llegan por la mañana **dejan su mochila que es su vida**, lo que tienen encima, lo dejan y pueden estar **más tranquilos** si tienen **que ir a un médico** o una cita de alguna historia, la dejan en la taquilla y luego vienen por la tarde a recogerla. **Tenemos también lavadoras**, que ellos piden sus citas, que también les educamos en **el sentido de responsabilízate** a pedir tu cita semanal y venir a la hora que has pedido la cita, ponen **su lavadora,** su **secadora** y así tienen **su ropa limpia**. Se dan su ducha, que nosotros le damos **todo lo que necesitan** de higiene, incluso ropa interior. Qué más.*

Centro de acogida y encuentro

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual

En el caso de las mujeres supervivientes de trata encontramos como el blindaje de seguridad de sus datos tiene protocolos específicos. En relación con los protocolos de seguridad en el ámbito sanitario es obligatorio solicitar citas en atención primaria de manera personal, bloqueando así la posibilidad de solicitud telemática.

*Una **de las mujeres que por protección**, por el perfil que es, estamos protegiendo todo el **tema de empadronamiento**, de dónde es, direcciones y demás y eso también lo hemos hecho con sus datos en el centro de salud y eso hace que por ejemplo ella no pueda pedir las citas de manera normativa por la aplicación, como puede por ejemplo el resto de mujeres. Entonces eso le exige tener que ir al centro de salud en todo momento.*

Programa de intervención a mujeres supervivientes a TFES

El desconocimiento de las personas de administración de los protocolos de acceso a los datos personales de las mujeres protegidas puede generar cierta revictimización.

*Uno de los problemas que tuvimos fue que la **persona de administración** que estaba en ese momento **no conocía que ya existía ese protocolo de protección de datos**, (..) pues sí que tuvimos que hacer un segundo **acompañamiento** a posteriori porque ella no sintió, por lo que nos verbalizó, que la trataran correctamente, ella se sintió **digamos***

> ***discriminada porque no conseguía que la persona de administración terminara de entender qué era lo que ella estaba demandando*** *y por qué sus datos* ***no aparecían en la aplicación****, porque luego nos* ***atendió la responsable*** *y entonces ya le explicó a esa* ***persona de administración q****ue era porque tenía que* ***entrar por otra vía,*** *le* ***faltaba una notificación de que los datos*** *de esta persona debían de estar como* ***bloqueados de alguna forma,*** *nosotras* ***no estábamos****, nos lo estaban contando y entonces sí que esta persona lo vio.*
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES**

En esta ocasión la implicación del desconocimiento de los protocolos de protección de datos provoca que las mujeres puedan sentirse de nuevo discriminadas por su especifica situación de protección. El derecho a reparación es otro de los derechos relacionados con la discriminación, por ello en algunas ocasiones cuando las mujeres son concientes y quieren sentirse resarcidas

> *Pero ello no se sintió como resarcida digamos con una disculpa, la persona* ***de administración*** *que estuvo allí* ***sí que estuvo presente*** *en todo momento, pero igual sí que a ella la hubiera hecho sentir mejor como una disculpa por parte de esa persona. Tuvo, pero no, además no quiso estar ella de manera activa, ella estaba como más en un segundo plano porque no quiso como mantener una conversación con esas personas.*
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES**

Como se ha comentado en el derecho a información, en el caso de las mujeres con dificultades de idioma, la necesidad de información y el acceso a interpretes en la sanidad pública **es imprescindible**, pero esto requiere de un procedimiento desde el Sistema de Sanidad Publico (desde medicina primaria) para solicitarlo.

> *L: Sí, quería decir que el hospital que a nosotros nos corresponde de zona también tiene* ***servicio de interpretación,*** *hay que solicitarlo por teléfono, ese servicio de interpretación no* ***llega a nuestro centro de salud****, con lo cual nosotras o bien* ***acompañamos*** *cuando es necesario porque aunque* ***no tengamos el dominio del idioma*** *de esa persona sí que al final terminamos creando otras opciones de comunicación mediante las que nos entendemos, aunque sean un* ***poco precarias.*** *Y luego a veces tiramos también de voluntarios de confianza con los cuales han establecido un* ***vínculo ante****s y entonces les resulta más sencillo hablar de determinadas cosas****. Pero es verdad que las veces que hemos utilizado un intérprete telefónico no ha dado muy buen resultado.***
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFVES**

A veces la asistencia es de interpretes telefonicos, ante **la imposibilidad de interperprete presencial**, supone intimidación por la situacion de trasladar patologías o diagnosticos asi como narrar sus propias experiencias o dolencias via telefonica.

> *Y sobre todo que son cuestiones que a lo mejor también son muy íntimas como para tratar con una persona a través del teléfono. También aquí yo lo veo también cuestiones más personales, pero que mujeres que al final no se sienten cómodas teniéndole que contar ciertos aspectos a alguien que está al otro lado del teléfono para que traduzca al médico y que el médico la está mirando de una manera, no se sienten cómodas.*
>
> **Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES**

Necesidades detectadas abordar el derecho a la privacidad e intimidad

Se despliega la necesidad de **elaborar protocolos de privacidad** para por salvaguardar la información intima. Si bien en algunas ocasiones la información sobre la salud, en concreto la salud sexual es prioritaria para el abordaje, es importante establecer qué tipo de información puede ser prescindible. Algunos equipos profesionales no saben cómo abordar las temáticas más íntimas, con lo cual la impartición de talleres para ellos es importante para no incurrir en temas sensibles que puedan llegar a generar incomodidad.

En los talleres y cursos de formación sería recomendable incorporar que el ejercicio de derechos y la titularidad de derechos a la privacidad, pertenece también a la toma de ese control sobre la divulgación de información sobre salud, y decisión personal a informar en la medida que se quiera sobre la intimidad.

6 Derecho a gozar de adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.

> **''Toda persona tiene derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y salud sexual''**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social **rara vez presentan la oportunidad de gozar de avances o adelantos científicos** por el hecho de encontrarse en una situación exclusión social y de cronificación de pobreza. La exclusión social hace palpable un acceso difícil a materiales de prevención y de higiene femenina, debido **a criterios de accesibilidad** (fuera del itinerario sanitario) y **criterios de asequibilidad** (coste de los materiales y priorización en otras áreas de su vida). Estos dos factores provocan que las mujeres en riesgo de exclusión social accedan a **métodos más inseguros y de peor calidad**.

La **falta de educación sexual e información** hace que el conocimiento sea escaso, como por ejemplo de los ciclos menstruales, por ejemplo, así como sobre avances científicos para la interrupción el embarazo (la píldora de emergencia), métodos anticonceptivos, como la varilla o la esponja, así como el acceso a productos de higiene menstrual como, por ejemplo, el tampón, la copa menstrual o las bragas menstruales.

En cuanto a **productos de higiene menstrual** la tendencia es usar las compresas (no tanto salvaslips), De este modo, los tampones, la copa menstrual, bragas menstruales o la esponja menstrual son poco usados por la dificultad de acceso. En **productos de anticoncepción** la mayor tendencia de uso es de preservativos masculinos, dejando en un segundo plano o en un plano inexistente algunos avances como, la píldora, el DIU, implante (varilla), o la esponja anticonceptiva. El acceso la píldora postcoital depende del grado en que estén **insertas en el itinerario sanitario** y la información proporcionada por los equipos profesionales.

En cuando al acceso a medicación para **tratamiento avanzado de ETS/ITS** se ha detectado la dificultad en la identificación por parte de las mujeres y como consecuencia un tardío tratamiento. En cuanto al PEP y PREP no se ha detectado acceso a ese tipo de medicación.

En cuanto a **los juguetes sexuales**, hay dos barreras de uso y disfrute. La primera se encuentra entre el desconocimiento y el pudor, debido a que hay una cierta brecha digital en la que los juguetes sexuales son en parte esquivados. La tercera, es la prohibición del uso por parte de los recursos o instituciones, por ejemplo, en los centros penitenciarios o las comunidades terapéutica; aunque

como veremos más adelante, asistimos a una reflexión profesional entorno a la permisividad del uso y disfrute de estos avances científicos.

Tanto los equipos profesionales sanitario y sociales, como las mujeres en los diferentes contextos sociales, nos han destacado varias barreras para el acceso y mantenimiento de los tratamientos médicos y productos materiales de higiene y anticoncepción. Se ha elaborado este modelo ecológico adaptado a una tabla, donde se han recogido los anteriores aspectos.

	Barreras de conocimientos.	**Barreras de acceso.**	**Barreras de uso.**
Contextos sociales (familia, amigos, centros educativos)	➢ Transmisión de mitos y desinformación que provoca rechazo en el uso.	➢ Alejados de los itinerarios sanitarios. ➢ Intermitencia en la asistencia sanitaria.	➢ No existe una cultura de innovación en el uso de algunos avances científicos, como por ejemplo el DIU.
Recursos e instituciones relacionadas.	➢ Conocimiento por parte de los profesionales de la totalidad.	➢ Dificultad de localización de los colectivos por la itinerancia y movilidad dentro de la propia urbe. ➢ Falta de aprovisionamiento de materiales (tanto preventivos como de productos de higiene).	
Individuales	➢ Desconfianza hacia las instituciones. ➢ Desconocimiento o basados en mitos y prácticas erróneas de higiene vaginal (lavativas). ➢ Ambivalencia en la figura médica. ➢ Brechas digitales limitan el conocimiento. ➢ Falta de autocuidado y valoración de la salud.	➢ Barreras de asequibilidad (costes). ➢ Pobreza menstrual.	➢ Cierta reticencia y negativa al uso de innovaciones de materiales y productos de higiene. ➢ Falta de adherencia a los medicamentos.
Elaboración propia basada en resultados de la investigación.			

El derecho a gozar de adelantos científicos se encuentra relacionado con el derecho a alcanzar experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Este derecho recoge el objetivo **del uso de los medios anticonceptivos** como **los juguetes sexuales** tienen que **basarse en la**

seguridad, y estos último, en la **búsqueda del goce** tanto de manera individual como mutua. Esta búsqueda de goce, disfrute y satisfacción tienen que enmarcase bajo el principio de **no violencia y discriminación,** y autonomía y consentimiento.

La toma de decisiones debería encontrarse de bajo el principio **de decisión libre informada**, en resumen, el derecho a gozar de adelantos científicos está relacionado con el derecho **a libertad y autonomía.**

Mujeres con trastornos adictivos

En el caso las comunidades terapéuticas, los **test de embarazo se proporcionan de manera habitual**. A diferencia de los otros recursos como, los CAD o las unidades móviles, la tasa de embazadas que asisten a las comunidades terapéuticas son menos que en otras instituciones relacionadas en la presente investigación.

> *Sí que es verdad que hemos hecho numerosos **test de embarazo**. Pero no se ha dado todavía el caso de que haya entrado o que haya ingresado ninguna chica embarazada.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Los perfiles con mayor exclusión social de las mujeres que han asistido a las comunidades terapéuticas exclusivas **no tienen un itinerario sanitario habitual** y relación con la medicina primaria, por ello, su asistencia a urgencia es como una asistencia de última opción. Al presentar una falta de adhesión a los tratamientos, las tomas de los tratamientos para las enfermedades de trasmisión sexual son abandonados, y retomados una vez ingresan en la comunidad terapéutica.

> *Claro, a veces han llegado con el tratamiento ya, porque han ido **a urgencias** y le han **puesto un tratamiento**, pero estando en **el consumo hemos** tenido pacientes que ni siquiera han **seguido el tratamiento bien.** Entonces hay enfermedades de **transmisión sexual que vuelven otra vez** a aparecer si no se tratan bien y **aquí han tenido otra vez que iniciar el tratamiento** y aquí sí que hay más supervisión de eso, porque lo**s tratamientos los suministramos** el equipo y nos **aseguramos de que los toman bien.***
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

La adhesión a los anticonceptivos también nos ha señalado que es baja, con lo cual se dan embarazos al no llevar la **pauta correcta** el tratamiento**.**

> *Lo que les pasa es que como han llevado **una vida tan desordenada,** el tema de por ejemplo e**l anticonceptivo oral,** es que todo lo que **sea tener que estar pendientes de***

> ***una medicación*** *lo van* ***a abandonar,*** *entonces ya saben que algunos* ***de los embarazos que*** *han tenido han sido por no seguir bien* ***los tratamientos médicos.***

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Los equipos profesionales de las comunidades terapéuticas exclusivas consideran, que a veces las mujeres optan por algunos métodos **más invasivos como pueden ser el implante**, sin embargo, optar por estas opciones esconde una **falta de responsabilidad,** y como hemos podido ver en el apartado de la educación sexual, la falta de **habilidades sociales de negociación** impide el **uso de métodos barrera** para el contagio de enfermedades sexual.

> *Lo ponen todo* ***en la otra persona,*** *eso sí que es verdad,* ***la responsabilidad,*** *el uso de* ***un método anticonceptivo*** *lo ponen en la pareja. En ese sentido no solicitan, por ejemplo, cuando van de salida (…).Y prefieren métodos más invasivos, yo pienso que es* ***más invasivo el implante*** *que otro tipo de métodos, pero para* ***no hacerse responsable.*** *Entonces hay que trabajar también esa* ***voluntad y esa responsabilidad*** *de ponerse ellas un anticonceptivo para protegerse de un embarazo no deseado y de una ETS. Es como una actitud como muy pasiva.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Los **juguetes sexuales al igual que las relaciones dentro, en las comunidades terapéuticas exclusivas no están admitidos** al igual que las relaciones sexuales dentro del propio centro debido al foco que se pone en la recuperación y autonomía. En los perfiles de mujeres en procesos de recuperación de trastornos de adicciones presentan en su **autonomía del placer** focalizada hacia la autosatisfacción, como es el caso de las comunidades terapéuticas exclusivas de mujeres[117] nos han confirmado que existe cierta reflexión en introducir juguetes sexuales a las comunidades terapéuticas.

Como hemos señalado anteriormente, el **enfoque del positivo de la sexualidad** en las mujeres no siempre es abordable, porque las experiencias traumáticas procedentes de violencia sexual en la infancia, así como a lo largo de la vida, plasman una dificultad añadida a la intervención con los trastornos de las adicciones y del abordade de temas de sexualidad.
Actualmente en algunas las comunicades terapéuticas exclusivas el acceso de a juguetes sexuales se conoce como un **punto de debate en la intervención**. Según nos han comentado no hay

[117] Este tema, sobre autosatisfacción y juguetes sexuales se aborda en el apartado del derecho acceso de a avances científicos.

permiso, con lo cual, durante el proceso de recuperación porque supone un riesgo al dar pie a la autofabricación de estos.

> *Este tema es otro aspecto que los equipos **tenemos que trabajarlo**, porque qué pasa, que cuando por ejemplo **lo hemos detectado en el equipaje**, pues se te plantea un poco la tesitura dejamos ¿**que lo tenga, no dejamos que lo tenga**?. Resulta que tenemos experiencia de que ellas han fabricado **su propio consolador** y el **riesgo** que hay es que **se lo han dejado unas a otras**. Entonces, claro, eso **también es un peligro** (…). Pero sí que hay esa necesidad, que hayan planteado, esta mujer que era un poco más desinhibida sí que me planteaba a mí que por qué no podía tener un satisfyer.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

El acceso a la píldora anticonceptiva tiene que ser proporcionada por el equipo médico que a la vez esté llevando **su tratamiento deshabituación**, por si acaso interfiere.

> *Pero el hecho de que puedan **acceder a pastillas anticonceptivas** es totalmente lícito y se remite. Lo que sí eso lo lleva la doctora porque **es quien decide** si es **sano o no** en el momento en el que **está con la medicación que está tomando** y demás, porque eso es una **valoración de la doctora**, quien elige **si** realmente **es bueno** o qué pastilla **es la más adecuada para ella,** o qué **tipo de anticoncepción.***

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

En el caso de las Unidades móviles, estas facilitan el acceso a los preservativos, pero no a las píldoras anticonceptivas. Entre los profesionales consideran que el aprovisionamiento de productos también incorpora las toallitas y otros productos necesarios de higiene, puesto que el acceso a agua potables en algunas ocasiones es inaccesible.

> *S: Y eso, nos empleamos hacer algo en Marconi, pero le estuvimos dando vueltas y **no encontramos** kit la verdad, porque sin una **fuente de agua corrient**e, o sea que les podemos dar **toallitas limpiadoras,** es un poco complicado. Entonces el acceso a los métodos anticonceptivos, por supuesto que los condones sí, In Género los reparte, el Es Más los reparte, nosotros los repartimos, los condones están ahí, pero si hablamos de algún método anticonceptivo más a la larga y tal. De todas formas también creo que a lo mejor no sería el mayor problema, o sea al final las posibilidades **el IVE** están ahí, hay grupos que lo hacen.*

Unidad Móvil de Adicciones

Desde los equipos profesionales de las unidades móviles de adicciones, se considera que la falta de adhesión a medicamentos puede ser **negativo proporcionar la píldora anticonceptiva diaria**,

puesto que hay riesgo de consumir dosis **sin control** y tener **una intoxicación.** Se valora como un futuro fracaso el proporcionar la píldora anticonceptiva.

> *EL **ACCESO A LA PÍLDOR**A, POR EJEMPLO, NO LA DEL DÍA DESPUÉS SINO LA…*
> *M: Sí, **anticonceptiva.***
> *ESA CONTARME UN POCO, EN LOS CONTEXTOS EN LOS QUE NOS ESTÁIS CONTANDO ESTO.*
> *M: Pues poco.*
> *ES: Es que es una **pastilla** que hay que toma**r todos los días.***
> *M: La a**dherencia al tratamiento** es que no.*
> *ES: La dificultad, sobre todo porque, pues eso, nosotros tenemos pacientes que **toman metadona todos los días**, pero si fallan un día o **fallan dos porque** se van a ir a consumir **heroína no hay ningún problema,** en el caso de la píldora, esto no se puede plantear **como un método anticonceptivo si sabes que va a haber un 70% de faltas.***
>
> **Unidad Móvil de Adicciones**

En los centros de tratamiento como los Centros de Adicciones (Ayuntamiento de Madrid) la medicación y tratamientos que están relacionados con anticoncepción, como los anticonceptivos orales, se derivan a unidades especializadas, como los CMS. Los centros de tratamiento (CAD), si tienen **aprovisionamiento de materiales** como **los test de embarazo y anticonceptivos**, en concreto **preservativos masculinos.**

> *Pero para el te**ma de medicación qu**e sería **la píldora, el parche anticonceptiv**o o el **implante** y tal, todo eso lo hace desde **ginecología** tiene que ser, **planificación familiar.***
>
> *TS: Podemos hacerle **un test de embarazo p**orque sí, porque ella tenga duda **de si está embarazada** o no.*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

Los equipos consideran que el poco uso del preservativo femenino es debido al ruido que puede generar durante su uso.

> *El **femenino** es que yo tengo entendido que hace ruido y no les gusta a muchas, como que, bueno, no voy a poner aquí tal, pero que hace como un ruido que no tal, ¿sabes?*
>
> **Centros de Atención a las Adicciones**

Algunas de las mujeres con trastornos adictivos han presentado problemas de exclusión residencial y serios problemas para acceder a productos menstruales por su incapacidad económica, es decir **pobreza menstrual.** La incapacidad para poder acceder a compresas es sabido por los centros de

atención de adicciones. Aunque no sea una demanda habitual de productos de higiene menstrual y se encuentre focalizado en determinados colectivos más cronificados, los propios centros de tratamiento carecen de medios para poder satisfacer las necesidades menstruales de estas mujeres.

> *TS: Pero porque yo creo que e**l tema de salud** lo dejan más apartado, primero es **la adicción y el consumo y** la ansiedad que tienen y lo que **le provocan a nivel…***
>
> *E: Alguna p**ersona sin hogar s**í que te ha podido decir es que no tengo **ni dinero para compresas.***
>
> *E: Sí, pero son personas **sin hogar** normalmente, no me lo ha **dicho una paciente que vive en un entorno**, en una casa o tal; no, me lo ha dicho una persona sin hogar, que me está diciendo **que no tiene dinero para nada** y me dice "y no tengo dinero **ni para compresas**". Entonces tú **a lo mejor pues derivarías a los recursos de personas sin hogar** que pueden **tener ropero**, que pueden tener **comedor social**, que pueden tener **productos de higiene.***
>
> *M: Sí, pero directamente…*
>
> *E: Pero **no es una demanda** que nos hagan **en general.***
>
> *M: No, y que tampoco **podemos cubrirla**, o sea sí es algo que vemos como **carencia a nivel de mujer,** en general, pero no es algo que esté en nuestras funciones.*

Centros de Atención a las Adicciones

En el caso de los centros de acogida y encuentro tienen aprovisionamiento de productos de higiene tanto menstrual como de higiene corporal y sexual. En el caso de **la ropa íntima** también es proporcionan en algunos centros.

> ***M: Sí, sí, tenemos compresas, támpax cuando necesitan, gel, toallitas de baño, damos toallas para su pelo, para su cuerpo, en fin, cosas que, tanto hombres como mujeres.***
> *H: **Maquinillas de afeitar, secador.***
> *M: **Maquinillas de afeitar de mujeres también.***
> *H: Ropa.*
> *H: Para **el pelo que las mujeres** siempre suelen llevar el pelo más largo.*
> *M: Su colonia.*
> *H: Ropa interior, ropa normal, de hecho, ropa de mujer…*

Centro de acogida y encuentro

Respecto a la **calidad de los productos de higiene**, según los equipos profesionales de intervención social, consideran que pueden ser mejorables, en concreto por el gran tamaño de las

compresas. Junto con esta demanda, consideran necesario **mejorar sobre el aprovisionamiento de támpax, toallitas o geles íntimos.**

> *M: Que son l**as gordas (compresas).***
> *M: Las de algodón de así.*

Centro de acogida y encuentro

> *H: Y tampones no existen, ¿no? en contadas ocasiones.*
> *M: Tampones no, pero es verdad que no utilizan.*
> *H: Sí, algunas sí*
> *(…)*
> M: Bueno, no sé si ahí habría alguna forma de **tener también geles íntimos.**
> M: Claro, productos de higiene, **toallitas también.**

Centro de acogida y encuentro

La **falta de adherencia** de los tratamientos hace que los equipos descarten de nuevo este tipo de medicación, de hecho, considera que puede **suponer una situación de seguridad anticonceptiva** pero insegura como barrera para la trasmisión de enfermedades, como ETS. Si además presentan

> *M: Yo no he visto a **nadie nunca aquí** tomársela. (…)*
>
> *M: O vamos **a recetarle,** o vamos **a aconsejarle.** Esto también está en la sanidad.*
> *H: Yo creo que en **nuestro perfil** podría ser un arma de **doble filo** porque, o sea la pastilla **como método anticonceptivo** tiene que **tomar a diario,** a poder ser a una misma hora.*
>
> *M: Y no consumir alcohol.*
>
> *H: No consumir **cierto tipo de sustancias** y aquí consumen sustancias**, la medicación me la tomo o no me la tomo**, un día me la tomo a las ocho de la mañana y otro día vengo a las cinco de la tarde, un día no me acuerdo y no me **la he tomado y me tomo dos**. Entonces aquí ese tipo de métodos yo creo que serían muy buenos para **ciertos perfiles** que a lo mejor **sí son más**, sí, más **normalizados.***

Centro de acogida y encuentro

El **acceso a la píldora anticonceptiva oral presenta una brecha económica** en perfiles los cuales se encuentra en una **situación de dependencia a sustancias**. Por ello, los profesionales consideran que la importancia de la asequibilidad es importante.

> ***si se tiene que gastar 10 euros en las pastillas anticonceptivas,*** *pues a lo mejor no se lo va a gastar, entonces quizá que eso* ***estuviera como súper a la mano también****.* ***Primero la información y luego la disponibilidad.***

Centro de acogida y encuentro

En los centros de acogida y encuentro **no disponen de la píldora postcoital**, pero sabiendo que existe poca adherencia, consideran aun así que **sería importante tener aprovisionamiento de píldoras del día después**, tras haber hecho un trabajo de información imprescindible para informar de las contraindicaciones y evitar que se genere una inercia en el uso como un método anticonceptivo.

> *M: Lo de la píldora también estaría bien, tener* ***acceso a ella, p****orque bueno, más que* ***nada*** *informarles* ***a las que tenemo****s que existe también, que si en un momento determinado* ***la necesitan*** *porque tengan* ***algún tipo de duda****; a ver, educándoles también e* ***informándoles*** *de que no se puede tomar como el que se toma una aspirina, sino que es una* ***cosa muy seria****, que tiene unas consecuencias y que en el caso de que ellas crean que la necesitan, pues el acceso lo* ***tienen inmediato****.*

Centro de acogida y encuentro

Mujeres privadas de libertad

En el caso de las mujeres privadas de libertad, existe una gran diferencia entre el acceso a avances científicos en los **centros penitenciarios mixtos y exclusivas**. En el caso de los centros penitenciarios exclusivos, existen a servicios específicos como el de ginecología o el de obstetricia. En el caso de los centros penitenciario mixtos, el acceso a **los servicios sanitarios específicos, como es ginecología,** queda supeditados a las salidas a hospitales de referencia. Estas salidas no priorizan la inmediata asistencia porque se hay protocolos de salida que ralentizan la asistencia sanitaria a las mujeres.

Otra de las grandes diferencias entre centros exclusivos y centros mixtos, son **las formaciones para las clases preparto.** En el contexto que viven estas mujeres, las clases preparto son clave para contribuir a vivir un parto más preparada si hay tardanza en la derivación al centro médico de referencia.

> *Sí, sí, una compañera matrona viene de* ***hecho de la prisión de enfrente****, trabaja en Madrid 2 y viene, ella se lo organiza, "dime las embarazadas que hay", entonces ella se organiza y viene a dar la preparación al parto.*

Personal de CP exclusivo de mujeres.

Es muy importante que los **centros sanitarios de referencia** donde se encuentran las mujeres gestantes privadas de libertad estén a una distancia coherente para que la asistencia médica de un parto pueda llegar a tiempo.

> *pero a veces se ponen de parto y no da tiempo a llevarlas al Marañón, **se fue al Tajo, q**ue es un hospital que está aquí al lado*.

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

El acceso a productos de higiene femenina, tanto de tipo sexual y como de tipo menstrual, están supeditado **a los packs y a la cantidad de productos** de los packs mensuales o cada dos meses. En el caso de los centros penitenciarios exclusivos de mujeres, los packs son entregados cada dos meses e incluyen: 6 rollos de papel higiénico, 2 paquetes de 20 compresas, 1 cepillo de dientes / 1 tubo de pasta de dientes, 2 preservativos / 2 lubricantes, 1 bote de gel-champú, 1 bote de lejía, 2 juegos de cubiertos de plástico, Cada dos lotes dan 1 estropajo. Al ingresar en prisión dan 1 peine y 1 vaso de plástico.

La calidad de los productos de higiene, como las compresas, son de escasa calidad, de marca blanca y con tamaños grandes.

> *Sí, el tema de la calidad, por lo que ellas cuentan solamente les **dan compresas y son compresas,** pues bueno, de estas como de cuando nosotra**s éramos niñas pequeñas,** de cuando nuestra primera regla, de estas gordas. Ellas lo primero que hacen cuando salen aquí es pedirnos una compresa de las normales que utilizamos habitualmente, porque no es lo que ellas utilizan allí. Y solamente tiene esa opción, la opción de la **compresa, y ya está**. (…) Las compresas son súper gordas*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

La cantidad de compresas **no son suficientes**, por ello en algunas ocasiones, en los centros penitenciarios donde hay niños/as usan **recortan los pañales para autoconstruir una compresa**. Por otro lado, ante la insuficiencia de compresas siempre queda la solidaridad entre ellas, en el caso de la una necesidad sanitaria así, comparten entre ellas productos de higiene.

> *Luego también **entre ellas se ayudan mucho** ¡eh! o sea si hay **alguna que cobra más** pues si necesitan, pues o**ye mira toma te doy,** por ejemplo detergente, que eso equivale con todo, de oye pues **me falta una compresa** o un tampón, pues toma, te lo doy. Yo lo que sí hablé con ellas…*

Personal CP exclusivo de mujeres.

*Claro, pues quien realmente tiene otro **tipo de ciclo**s, pues lo pasa mal*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Algunas de ellas **tienen abundantes sangrados durante el ciclo menstrual** y las **compresas no son suficientes**. El acceso a támpax solo es posible si en el economato de ese centro penitenciario venden la támpax. En algunos de los centros penitenciarios esta petición ha sido traslada desde las mujeres a las estancias penitenciarias mediante una petición formal.

*Pues el otro día me decían que habían hecho una petición **para que hubiese támpax en el economato**, porque les dan, en el paquete que antes era mensual y que ahora es cada dos meses, le dan compresas y tal, pero que por ejemplo acceso a támpax está pidiendo expresamente. Esto en el caso de Estremera, por ejemplo, lo que nos contaban el otro día, poder tener acceso a comprar támpax simplemente, que hasta ahora no tenían acceso. Entonces esto en el día a día lo puedes ver ahí. (…) **Su petición es para comprarl**o ¡eh! ni siquiera es para que **se lo den en el paquete**, es para que **el economato tenga** y **ellas puedan comprarlo.***

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Sin embargo, en los algunos centros penitenciarios aun existiendo en el economato, los precios no son asumibles por las propias internas. Esta **limitación económica** junto con sus **escasos medios económicos** hace que el acceso difícil debido a los precios de los paquetes de támpax. Aunque algunas de ellas trabajen no son ingresos muy altos y el acceso a productos así puede suponer un alto coste para asumir. Hay que tener en cuenta que estas mujeres también son afectadas por llamada tasa rosa[118], que si para la población en general, para las mujeres privadas de libertad supone un mayor cargo económico. Teniendo en cuenta la **poca capacidad económica**, esto supone una causa **de la desigualdad estructural** dentro y fuera de **la propia institución** hace que el acceso a este tipo de productos de higiene sea inalcanzable.

*El **támpax** se lo tienen que comprar ellas; claro, el támpax es un producto caro para todas, que vale 4 euros y tú a lo mejor **tiras de marca blanca**, pero ellas tienen támpax Tampax y allí el acceso a los productos de higiene, en el economato venden Tampax, venden compresas Ausonia, venden eso, **básicamente**.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

La **discriminación estructural** desde la propia institución es palpable cuando no hay la sensibilidad sobre las necesidades sanitarias e higiénicas de las mujeres. Además, tras el ofrecimiento de una

[118] Para poder conocer algunos de los precios del economato, el sindicato de funcionarios de prisiones, tienen a disposición una lista de productos con los precios. Véase aquí

lista de productos posiblemente para un futuro aprovisionamiento, se cuestiona por la gratuidad de los productos de higiene menstrual para las mujeres privadas de libertad.

> *pulula por ahí una lista de productos de parafarmacia, que **la administradora** dice que si ellas quieren **lo pueden comprar**, pero que ella dice, claro, lo que quieren es que se **lo demos gratis**. Es verdad que el mundo carcelario **tienes muchos matices***
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

Como solución a la escasez de compresas y el limitado a acceso a támpax, algunas de ellas ante menstruaciones muy abundantes **autoconstruyen tampones improvisados** con papel higiénico que pone en peligro su salud menstrual. Según nos informaron durante la visita al centro penitenciario mixto con módulo de madres, los tampones suelen ser autoconstruidos con papel higiénico exponiendo a un peligro de infección vaginal y posible desgarro.

Otros avances científicos vinculados a la salud menstrual, como la copa menstrual, o las bragas menstruales, tampoco son vislumbrados en un futuro en los centros penitenciarios.

> ***M: La copa ni se la ve ni se la espera.***
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

En el acceso a los preservativos masculinos estos son de facil acceso, pero como se ha señalado en el apartado de la discriminación y violencias, el problema **no radica en el acceso si no en la negativa de los hombres en usarlo**, junto con las escasas habilidades sociales de negociación, la mujeres se ven forzadas a **ocultar a sus maridos sus tomas de pildoras anticonceptivas orales**. En un porcenaje estimado del personal sanitario, de las 36 mujeres, 30 tienen relaciones con sus parejas. Por ello, los **profesionales promueven** y trasmiten la información de otros métodos anticonceptivos como la varilla.

> *Utilizan la píldora algunas, otras he conseguido que **se pongan la varilla**. La varilla, que es un implante que se llama la varilla, es un implante hormonal de liberación retardada*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

Los juguetes eróticos no están permitidos en los centros penitenciarios por los **Protocolo de Actuación en Materia de Seguridad** (Ministerio del Interior., 2010)de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Pamplona, 2023, pág. 2) Sin embargo, actualmente, en el Centro Penitenciario de Pamplona ha protagonizado el caso de una **sentencia pionera en el uso de *satisfayer*** por parte de una interna. El uso fue impedido por la

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, siendo este requisado por el Departamento de Ingresos. Las causas para la negativa fueron la estructura del propio juguete, el cual contenía **departamentos estancos** para introducir objetos o sustancias estupefacientes y que además se **necesitaban el uso de pilas**. Por otro lado, **el propio objeto** en sí era potencialmente **trasmisor de enfermedades**.

Entre las alegaciones que realizó una **referencia a la libertad sexual** en el contexto de prisión: *Lo expuesto supone que no deben permitirse aquellas medidas que reduzcan la intimidad "más allá de lo que la ordenada vida de la prisión requiere* (Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Pamplona, 2023). Ante estas alegaciones, la propia abogada acordó estos parámetros para poder permitir el uso y disfrute del juguete (2023, pág. 4):

- No Io comparta con otras usuarias.
- Lo use en momentos concretos en un ámbito de intimidad (a determinar por el personal, en ausencia del debido respeto al principio celular).
- Debiendo facilitar la posterior retirada de pilas por el personal de prisiones que las custodiará.
- Alternativamente, restituirlo lavado con agua y jabón al personal de prisiones que lo custodiará.
- Conociendo y consintiendo la posibilidad de mayor registro o sospecha.
- Siempre que haga un buen uso del mismo (respetando las condiciones de no compartirlo con otras personas, devolverlo en cuanto se le requiera, etc.).

Tras esta sentencia se asienta jurisprudencia para poder permitir en marco de unos límites el uso de los juguetes sexuales.

Las mujeres en gestación y las madres requieren de unas necesidades concretas de la situación de embarazo como es la alimentación materna, durante el postparto, la etapa de lactancia, y productos sanitarios infantiles, tanto de higiene como farmacológicos. La **correcta atención materno-infantil está determinada por la exclusividad de los centros penitenciarios**, si se encuentran un centro penitenciario mixtos con módulo de mujeres y madres las carencias son patentes, sin embargo, si los centros son exclusivos de mujeres la adaptación a las necesidades materno-infantiles estarás mejor satisfechas.

La falta de perspectiva de género en el módulo de madres de un centro penitenciario mixto hace que no se tenga en cuentan **las necesidades de las madres en las casi todas las etapas.** En el

caso de la lactancia, la falta de **discos absorbentes para los pezones** hace que las internas tengan que usar de recursos improvisados como las **compresas cortadas.**

> *O sea, pezoneras no, por ejemplo, para las mujeres que están amamantando, los discos estos de absorción, claro, cuestan 7 euros, y es que es lo que cuestan. Los productos femeninos, ahora que no sé si lo habéis oído, estaréis al día de que, joder, de que nosotras pagamos más por todo, una cuchilla que es rosa vale 2 euros más, es que me parece tan…, pue ellas igual, claro, entonces todo es mucho más caro. Entonces es verdad que ellas no utilizan, ese* ***servicio no lo suelen utilizar porque se apañan****, se ponen en* ***salvaslip*** *por ejemplo, se compran un salvaslip o una compresa y se la pone,* ***que es una cutrez pero…***
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

En algunos centros penitenciario mixtos con módulos de madres, no hay posibilidad de introducir de los productos necesarios para calentar y mantener la leche materna como los **calienta-biberones**. El uso del microondas es La misma situación se repite con el acceso a **los sacaleches** tampoco son productos accesibles si no es un centro exclusivo de mujeres.

> *Y también se nos ha dado* ***el caso de mujeres que entran en prisión con un bebé****, en la calle, pues entra en* ***prisión una mujer*** *con un* ***bebé de dos meses*** *y está lactando, entonces en esos casos* ***tenemos sacaleches****. Entonces se les* ***ofrece el sacaleches****, bien porque a veces entran para una semana y se van a ir y es* ***una pena dejar la lactancia por una semana****; o luego si ven que no se van a ir, pues ya* ***lo van dejando progresivamente,*** *pero sí que tenemos* ***sacaleches****.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

Durante la visita a uno de los centros penitenciario mixto con módulo de madres, se nos trasmitió la preocupación por la falta aprisionamiento para **la reposición de las tetinas de los biberones,** destacando la incapacidad para poder **desinfectar las tetinas** y el riesgo de poder acumular bacterias.

El acceso a los materiales de higiene tanto menstruales como de higiene materno infantil se encuentran supeditados a la exclusividad del centro penitenciario.

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial

La situación de sinhogarismo provoca que el alcance **de nuevos avances a niveles generales** se vea seriamente dificultado por **tener escasos recursos informativos y escasa capacidad económica.** Además, las ciertas brechas digitales también provocan que el conocimiento a estos avances sea tardío. Los canales informativos como hemos podido ver tampoco alcanza a las

mujeres en riesgo de exclusión social y situación de cronificación de pobreza. Las situaciones concretas de las mujeres generan la imposibilidad de acceder a una fuente de agua en condiciones higiénicas optimas y salubres. Las experiencias para poder asearse de las mujeres que viven en situación en situación de calle pasan por tener que **ir a baños público o baños de bares.** Esta situación esta atravesada por aporofobia y discriminación.

> *H: Hay que decir que **hay gente que las prefiere (compresas gordas)**, porque nosotros (..)*
>
> *H: Hay una usuaria que nos **pide dodotis. (…)***
>
> *M: Porque al final **en situación de calle,** compresas, cuando **te vas a cambiar.***
>
> *M: Es que date cuenta, es eso, **dormir tú en la calle y estas con las regla**, ahora según **el tipo de regla** que tú tengas, levántate, **tienes que orinar.***
>
> *H: **Asearte** en ese momento.*
>
> *M: Tienes que **asearte en ese momento**, cambios de compresas, que bueno, que le puede **pillar con papel** o lo que sea, pero muchas veces **también las toallitas.***
>
> *M:Date cuenta a la hora **de cambiarte** que está en calle, la compresa.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

Las situaciones de las mujeres con trastornos adictivos que están situación de calle, producen una problemática mayor, porque están limitado el acceso a otras necesidades como es a ropa interior. La **privación material de ropa** íntima e higienizada es otra demanda clave para poder mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

> *Y también incluso de ropa interior, nosotros en el dispositivo que trabajábamos allí era como que siempre había un presupuesto que no estaba contemplado, era de ropa, de ropa y de braguitas, de ropa interior, que efectivamente si vives en una situación de precariedad máxima, con un consumo intravenoso y **con una situación de vulnerabilidad,**(…)la demanda grande cuando venían **al programa de metadona era nos podéis dar ropa interior por favor**. Pero que es verdad que el tema de sinhogarismo y de drogas a ese nivel, es que es un nivel **de deterioro personal tan impresionante** que hasta las cosas básicas, ¿no? pues **alimentación, poderme dar una ducha**, que está vulnerado el acceso a estas **cosas tan básicas, con las consecuencias que tiene***
>
> **Programas de salud comunitaria-Ayuntamiento de Madrid**

El acceso a métodos antiguos como los paños vaginales, son a dia de hoy usados por algunas mujeres que se encuentran en situaciones de exclusión residencial. El aplicar este método de higiene menstrual provoca tener **una mayor dependencia al agua.**

> *P: Y ahí es que es alucinante que a lo mejor **métodos antiguos de abuelas** y bisabuelas todavía **usan estas mujere**s, porque claro, no tienen otra opción, paños.(…) a lo mejor **todo lo que tiene que ver con la menstruación o todo esto, pues sus abuelas, sus madres hacían ciertas cosas, pues usar paños, lavar bragas menstruales,** pero que **no son bragas menstruales** como las conocemos hoy en día, sino esas **antiguas bragas que se cosían ellas mismas** O sea, todo eso ahora mismo, o sea cuando **se sueltan un poco** y te lo cuentan, pues tú dices ¡Jolines! Es que estamos **200 años después,** que hay un avance en eso.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

El hecho de estar en un recurso de personas sin hogar con perspectiva de género aumenta las posibilidades de **acceder a productos de higiene menstrual** más actuales, como los tampones. Los **equipos profesionales** señalan **la importancia de aprovisionar** este tipo de productos para la disponer y acceder libremente. La diferencia **de acceso entre los productos de higiene entre los hombres y las mujeres** ha sido una realidad que en la actualidad está cambiando.

> *TS: Está genial, o sea si **tú eres un hombre sin hogar**, por ejemplo, y quieres tener buena **presencia física** y te quieres asear y te quieres afeitar, estás en todo **tu derecho de tener una cuchilla de afeitar,** imagínate que quieres ir a una entrevista de trabajo, es que estás en todo tu **derecho a que te den una cuchilla de afeitar**. ¿Pero dónde están las compresas? ¿Me puede mandar alguien una foto de dónde están **las compresas en los recursos de personas** sin hogar, o cuando tú vas a acceder a un baño público, dónde están? Porque también **me puede venir a mí la regla** estando aquí hablando con vosotras.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

> *TS: Claro, si daros cuenta que hace, o sea el que haya, en el **reparto de higiene básica** haya **compresas, támpax, salvaslip** y copas, eso es de ayer, es que es **de ayer.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

La aplicación de la perspectiva de género en la red de personas sin hogar detecto la necesidad de aprovisionar los **materiales de higiene menstrual y corporal**. Según los equipos profesionales en algunas ocasiones es más más facil acceder a preservativos que a los productos de higiene intima femenina.

> *TS: Nada, o sea nosotras cuando **tenemos posibilidad,** el proyecto **tiene dinero para materiales de higiene,** lo primero que **nos jartamos a comprar** es compresas, **támpax,***

__salvaslip__ y alguna copa, porque tú estás __en un recurso donde__ te van a facilitar __el gel y el champú,__ si tienes suerte el desodorante y la __pasta,__ ¿pero tú crees que ahí __te facilitan compresas__? Con el precio que tienen las compresas, cuando todas las mujeres menstruamos desde los 10 hasta los 50, 40 años menstruando de manera mensual __sin que nadie recoja que eso es una necesidad higiénica__ y __de salud básica__. Es que esto es de __antes de ayer.__

E: Es más fácil que te den __preservativos__

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

En los recursos, como los centros de acogida es común que haya aprovisionamiento de preservativos masculinos, no tanto el femenino, aunque en algunos recursos se disponga de él, no es tan demandado. El desconocimiento del uso para el uso de preservativo femenino, es también es parte de las barreras.

__M: Sí, solo tenemos preservativos masculinos, lubricantes y alguno femenino.__
H: Hay __unos pocos femeninos.__
H: Yo los he ofrecido alguna vez que ha venido alguien __de prostitución__ sobre todo, que es lo que más vienen y me han dicho que no, que eso no, no les gusta, no lo quieren y la verdad que son mucho menos demandados, pero algunos sí que hay.
H: Hubo algún tiempo que sí que __daban femenino__s, pero __no es algo que…__
NO CALAN.
H: Sí.
M: Y mira que se __lo decimos.__
H: Yo incluso __pienso que puede haber hasta desconocimiento__ en algunas personas, en algunas __mujeres de este tipo de preservativo.__
H: Sobre todo el cómo usarlo quizá.
H: Sí, cómo usarlo

Centro de acogida y encuentro

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual

Las mujeres en contexto de prostitución consideran que el conocimiento de los anticonceptivos masculinos no es el problema si no la coacción del cliente al no querer usarlos.

T.S: Exacto, exacto, y con suerte de que, claro, que el cliente __acceda a ponérselo.__

Centro de acogida y encuentro

En cuanto a la píldora anticonceptiva tambien consideran que hay una fata de adherencia, de hecho este motivo es considerado como una de las prinicipales causas entre todos los perfiles de la investigación.

T.S: No lo utilizarían. Y bueno, ***ya las pastillas anticonceptivas,*** *no conozco a ninguna q****ue tenga ese tratamiento.***

P: ***Tampoco tendría adherencia,*** *tampoco lo tomarían.*

T.S: Es que no lo tomarían. (…)

T.S: Que ***no la tomaría,*** *que incluso sabiendo; bueno, sí saben que existe, pero que* ***no conocemos ningun****a que está en tratamiento* ***anticonceptivo.***

Centro de acogida y encuentro

Necesidades detectadas abordar el derecho a gozar de adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.

Las mujeres en riesgos de exclusión se encuentran condicionadas por los servicios, recursos y proyectos de intervención a la hora de acceder a adelantos científicos. Esta condición junto con la información escasa y los bajos ingresos, hace que estas mujeres presenten un alejamiento de los adelantos científicos de manera continuada. Este alejamiento presenta **consecuencias muy graves en la salud sexual y reproductiva**, por ello se torna necesario invertir, financiar, aprovisionar y proporcionar materiales de tanto de higiene menstrual, sexual y también materno infantil.

Para poder cumplir este derecho también es importante que se realicen labores de información sobre el aprovisionamiento de los productos evitando así la pobreza menstrual y futuras infecciones y enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

7 El derecho a la igualdad y a la no-discriminación.

> **''Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.''**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Tipos de discriminaciones y discriminaciones particulares.

La situación de exclusión social es producida entre otros factores por la discriminación, al privar a las personas de derechos y deberes en diferentes esferas sociales, la económica, laboral, familia, institucional o política. A su vez la exclusión social, genera discriminación al encontrarse vinculados con grupos sociales altamente estigmatizados, un ejemplo es el estigma hacia la pobreza, o la llamada aporofobia.

Entre las discriminaciones detectadas encontramos principalmente las relacionadas con cuestiones **de género, clase social y etnia**; en una manera menos señalada cuestiones de etarias y de capacidades. Por ejemplo, una mujer que ha vivido en la calle, es más probable que haya experimentado violencias físicas o sexuales, así como aporofobia en su estancia en la calle.

> *ES: Objetivo clarísimo, las mujeres que beben en la calle son muy agredidas.*
> *M: En general todos son agredidos porque es que, pues **eso, gente que la queman**.*
> *ES: Pero ya sabemos que las mujeres tienen un…*
> *M: Que les golpean, que les roban, pero las mujeres son las más.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Discriminación institucional: Perfiles estancos.

Por parte de las instituciones, como se verá más adelante es la discriminación institucional que imposibilita ejercer algunos de los derechos que veremos a continuación. La **discriminación por parte de las instituciones procede de la consideración de perfiles puramente estancos**, es decir, únicamente trastornos de adicciones, violencia de género, salud mental, dejando fuera perfiles con realidades más complejas. **La discriminación institucional se puede producir** desde negar el acceso a instituciones al presentarse perfiles con determinadas casuísticas sociales, como

pueden ser migrante, o salud mental o impedir la atención integral alegando problemáticas adicionales.

Existe una tendencia en clasificar a los colectivos en riesgo de exclusión o en exclusión de manera **hermética**. En el caso de las mujeres a menudo aparecen como un grupo unitario y poco diferenciado. Esta tendencia a la visión homogénea no permite visibilizar las diferencias entre ellas ni tampoco solventar las necesidades que presentan. Las múltiples situaciones **como discriminaciones interseccionadas** en los de los grupos estudiados no son contempladas en el acceso a los recursos. Se observan una diversidad interna en cada uno de los perfiles que según sea situación este viviendo, impide el acceso a los servicios sociales y recursos de atención.

Doble estigma y discriminación

La discriminación procede por la construcción de un **estigma, en el caso de las mujeres con trastorno de adicciones,** que es reconocido por los equipos de profesionales de psicología que parten de que estigma para abordar **la autonomía** de estas mujeres.

> *Porque lo que sí hemos observado es que las mujeres sufren **una doble discriminación al ser adictas, por la condición de ser adictas** y por la condición de ser mujer y no responder **al modelo que tenemos asignado**. Aquí hablamos un poco de todo**, de autoestima**, hablamos **de autocuidados**, hablamos de violencia de género, hablamos de habilitades para la comunicación, de nosotras como cuidadoras, es decir, un poco de temas que consideramos que pueden ser de interés y que en muchas ocasiones a veces es un **poco lo que surgiendo.***
>
> **Grupo de mujeres con trastornos adictivos**

Autoestima percibido-solicitud de asistencia en otro centro

El estigma produce discriminación en el caso de las mujeres con trastornos con adicciones, el estigma es autopercibido y prefieren asistir a otro centro de adicciones de otra localidad para llevar a cabo sus terapias grupales. Este aspecto privado es respetado y los centros de tratamiento solicitan plaza en otro lado.

> *Pero si me dicen "mira es que yo no quiero ir allí porque **mis padres viven al lado y no quiero que se enteren"**. Pues ya esta*
>
> **Profesional del grupo de mujeres con trastornos de adicciones**

Estigma y petición de ayuda.

La percepción del estigma hace que las mujeres no acudan a los recursos para las adicciones en tiempo. El peso del cuidado y los roles de mujeres y madre hace que comiencen los itinerarios de manera tardia porque la pedición de ayuda.

> *Luego ya están las barreras un poco de la sociedad, que una mujer reconozca que tiene **problemas de adicción está mucho peor visto** que cuando lo reconoce un hombre, entonces les cuesta mucho más pedir ayuda, esa es una barrera, y reconocer el problema que tienen, esa es una barrera importante. Y ya está, seguramente habrá más pero ahora mismo no caigo*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Mayor penalización social.

La **discriminación por género** hacia estas mujeres ha sido determinante en sus procesos de exclusión social, como puede ser la situación de exclusión residencial o prostitución forzada. Se ha detectado que existe una mayor **penalización social** por el incumplimiento de los roles de género y las expectativas sociales, tanto por el ideal de *mujer* como en algunos casos, por el ideal de *madre*.

A su vez dentro de la institución penitenciario las mujeres son juzgadas y sancionadas en mayor medida las mujeres, ya sean internas o funcionarias por hechos también realizados por hombres. Los hombres finalmente no son penalizados ni sancionados.

> *Para que haya un coito hace falta un hombre y una mujer, pues solo se castiga a las mujeres, a los hombres nada, nada. Incluso uno de ellos que es el monitor de la piscina, que es un preso que tiene el curso de socorrista, que es el que ha intervenido en todas estas cosas, o sea te digo hasta, fíjate, es más, esto ha pasado, este año, que han tenido relaciones sexuales en la piscina **y se ha castigado a las presas** y **a las funcionarias**, a los funcionarios que son los que se encargan de vigilar ese espacio nada, al módulo de mujeres, se les ha cambiado los turnos, se les ha castigado, se les ha represaliado, incluso a las funcionarias.*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

La discriminación hacia las mujeres con tratornos adictivos se observa tambien mayores niveles de exigencia de equipos médicos, que imponen a las mujeres en comparación con los hombres mayores compromisos y mayores niveles de cumplimento de los tratamientos de adicciones. La explicación a esto es que el peso de los mandatos de género, los roles de cuidado, asi como el cumplimento con el rol buena madre.

> ***El tema de la custodia y*** *también porque* ***los centros de emergencia,*** *las casas de acogida para* ***mujeres en situación de violencia de género*** *o en general, pues se tiene en cuenta si hay un* ***consumo activo porque como también hay menores de otras mujeres****, hijos de otras mujeres y demás, para que no haya ahí una…,* ***es verdad que se llegan a extremos bastante,*** *pues que no pueden* ***beber nada****, si salen a darse una vuelta* ***no pueden llegar con olor*** *a, ni siquiera haberse tomado una cerveza, o sea que a la mujer como que se le exige mucho el que ciertos consumos no son para ellas, ¿no? están* ***como incumpliendo su mandato de género****.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

Esto juega en contra de las recuperaciónes de las mujeres puesto que inician tardiamente las intervenciones por el miedo a las perdidas de las custodias.

> *en* ***mujeres muchas veces no van a tratamiento fuera****, previo al ingreso en prisión, porque* ***tienen hijos,*** *muchas de ellas* ***tienen hijos*** *y con el miedo a que les quiten la tutela, la custodia de los menores*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres**

El seximo hace que los esterioripos sobre las mujeres produzca rechazo tanto la asistencia médica como en el acceso. La asistencia médica de las mujeres en los módulos de mujeres en centros penitenciarios no solo **juega bajo criterios de sobrecarga de trabajo**, sino también por el **perjuicio sexista** que se tiene sobre ellas, de ser insistentes (pesadas). Los médicos muestran infravaloración y falta de priorización en cuanto a los dolores o a las patologías de las mujeres internas.

> *Y además luego cuando se apuntan, y te hablo de cosas generales, un dolor de garganta, dolor de cabeza, que por ejemplo que tiene ansiedad, el médico, pues* ***como no sea yo que le diga "por favor X, Y o lo que sea, mírala".*** *Si yo* ***no estoy no las van a ver,*** *¿sabes? ''porque* ***son muy pesadas*** *y no sé qué, no sé cuántos. Que se enredan mucho'' (…) a no ser que yo sea* ***muy pesada****, una* ***mujer que le duele*** *mucho aquí un bulto y entonces yo le digo al médico "por favor véala", entonces yo si la meto la ve, si yo quiero que la vea la va a ver, porque sí. Pero si no, ellas, problemas de salud qué significa, pues pueden* ***tener enfermedades que perpetúan en el tiempo que nadie las va a revisar.*** [119]
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

[119] En algunas ocasiones en los centros penitenciarios de mujeres la falta de asistencia a talleres o de actividades produce que la asistencia médica puede llegar a ser considerada un pasatiempo, esta situación provoca que descredito ante el dolor que puedan sentir: *que van a enfermería porque a veces, pues yo qué sé, es un poco el entretenimiento de la mañana, pues hoy tengo médico, pues voy y a veces no tienen nada. Es que he tenido una interna estaba todos los días en el médico porque decía que tenía unos dolores ahí y que no podía y era como ¡Jo! Es que estás todos los días, entonces ya es como no sé si es verdad, incluso los médicos o las enfermeras, es que ya no sé si es verdad ese dolor o*

Los criterios médicos sobre la intervención y derivación en parte proceden del perjuicio *derrotista o insalvable* de los equipos médicos en su consideración sobre la posible mejora de las situaciones de las mujeres.

> *Sí pasa **que hay prejuicios,** hay prejuicios a nivel médico, **no tanto de los médicos**, las médicas que no lo he escuchado tanto de tal, pero sí de "pues esta pues está perdida, o esta", pues tienen también por ejemplo trastornos de la personalidad, que esto es bastante común en nuestro perfil, pues sí que el verlo como un caso perdido, pues si, pero es que esto pasa dentro, pasa fuera, en todos lados.*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

La **discriminación por género** tambien es procedente de parte de las instituciones, en este caso penintenciarias, es decir **discriminación sexista e institucional**. Las necesidades sanitarias de las mujeres en los centros penintenciarios mixtos no se priorizan por la falta de dotación de servicios sanitarios y la priorización en otros servicios.

> ***Me parece descorazonador** y además **muy frustrante** porque no sé a **quién contarle esto**, o esa quiero decir que eso lo **hablo con la directora** y me dice que sí, que sí, que sí, pero que me peine, ¿sabes? que ella **no tiene dinero para un ginecólogo,** que no tiene dinero para no sé qué, que no tiene dinero para no sé cuántos.(…) Y te hablo de que, de verdad creo que la directora es una mujer y no es nada machista, pero la institución es que es así, o sea es una cosa, no sé, a veces es aplastante, tía.*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

Discriminación institucional: rechazo de acceso por gestación.

En el caso de las **mujeres embarazadas** los centros penitenciarios son aquellos lo que **rechazan el acceso a la propia institución**. De hecho, las mujeres privadas de libertad en se encuentran en un estado de gestación **son trasladas por el rechazo de otros centros penitenciarios** debido a la atención y asistencia sanitaria especifica que requiere este tipo de perfiles.

> *Pues todas las prisiones solamente hay, hay muy pocas prisiones de mujeres y familiares solo hay Alicante y Aranjuez, entonces en todos los centros, como **los embarazos son un marrón** y nadie quiere **estar con una mujer embarazada en la prisión**, porque hay en muchas prisiones donde ni siquiera hay módulo de mujeres y están en la enfermería encerradas, eso también **pasa,** hasta que **ya deciden dónde,** pues venga, **a Aranjuez,** que como **hay módulo de madres**, pues allí, entonces la mandan aquí.*

ya lo tiene tan interiorizado que solamente viene aquí porque piensa que tiene algo y no tiene nada, ¿sabes? – Personal de Centro penitenciario de mujeres.

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

Discriminación por criterios excluyentes (adicciones y VG).

En ocasiones la falta de cobertura y acceso a sanidad viene limitado por perfiles específicos, como por ejemplo una mujer con un problema activo de consumo de drogas y en situación de maltrato por su pareja, y esta será rechazada por su consumo activo en la red de violencia de género. Estos **criterios excluyentes** hacen que la **cobertura y especialización de los recursos sea una necesidad**.

> *Pero la cuestión es que si nosotras por ejemplo se nos presenta, que se **nos ha presentado el caso**, de una mujer que te **estoy hablando de este perfil,** que te dice abiertamente es que **estoy sufriendo violencia por parte de mi pareja, nos la vemos y nos la deseamos** para que puedan entrar en algún recurso, porque claro, **esos recursos no están preparados para mujeres en adicción.***

Centro de Encuentro y Acogida

> *Muchas veces nosotros ya nos reímos porque nos llaman "oye que se nos ha quedado una plaza, que tal, que nos enviéis a alguien". Se la envías, es que si tiene salud mental, no consume. Claro, es que si no tiene ningún problema pues no está en la calle, entonces no necesita ir a tu albergue. Entonces muchas veces buscan un perfil **tan trabajable** que realmente en la **calle ese perfil no existe.***

Centro de Reducción de Daños

Necesidad de una intervención multidisciplinaria.

Los equipos profesionales detectan que los recursos tienen **una cobertura insuficiente para solventar las necesidades específicas** de las mujeres, como es por ejemplo para trabajar vivencias traumáticas experimentadas, entre ellas las procedentes de violencia sexuales. Los equipos de profesionales de mujeres sin hogar relatan la importancia de no distanciarse de la perspectiva de género para diseñar un plan de intervención. Estas profesionales apuntan directamente de la violencia de género y las consecuencias de tener especificaciones en los recursos teniendo presente esta realidad, en concreto los recursos exclusivos de mujeres nacen de la pertinencia por haber vivido violencias sexuales. Se **extrae la necesidad de abordar una intervención multidisciplinar.**

> *Vamos a cruzar esas **dos intervenciones** y vamos a dar una **atención específica** para mujeres en situación de sin hogar que han sufrido violencia de **género y/o sexual.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Algunos equipos profesionales consideran que las realidades específicas de estas mujeres no están alineadas con la cobertura de los servicios sociales, al dejar fuera estas realidades específicas.

> *C: Yo creo que vamos a estar todas de acuerdo en que yo creo que **lo primero** a mí que se me viene a la cabeza es que **no existe,** al menos aquí, un **recurso para mujeres violentadas, en adicción y sin hogar.** No hay ningún recurso que **encaje con esto.***

Centro de acogida y encuentro

Discriminación aporofóbica social.

La discriminación por aporofobia es una de las más llamativas en el acceso a los servicios de salud públicos. Además, la **discriminación por aporofobia** es especialmente llamativa en determinados perfiles e instituciones sociales, como pueden ser las personas más visibles en via pública como pueden ser las mujeres sin hogar, las que se encuentran en ejercicio de prostitución.

Algunos equipos profesionales admiten que la **aporofobia social** se puede palpar hasta cuando en una mujer situación de sinhogarismo y estando embarazada y con trastorno de adiccion podria seguir experimentado trato degradante por parte de la sociedad.

> *H: Entonces si ya le pones una mujer embarazada en la calle y drogodependiente,(…) , pero creo que en muchos casos el trato no sería el mejor.*

Centro de acogida y encuentro

Discriminación aporofobia institucional

La **discriminación aporofóbica** por parte de las instituciones, así como de las administraciones, y parte del personal médico hace que el acompañamiento profesional de personal como las trabajadoras sociales se haga en algunas ocasiones imprescindible por la **falta de escucha y discriminación aporofóbica**. Algunas veces desde el inicio del acceso a los propios centros de salud se ha visto coartada por el propio personal de seguridad.

M: O el vigilante no me deja entrar.

Centro de acogida y encuentro

Las administraciones muestran todavía algunas brechas importantes para la atención de colectivos en exclusión social, un ejemplo nos lo ofrecen las mujeres en exclusión residencial con analfabetismo.

> *Es que es verdad, es qu**e si no sabemos leer.**Eso es muy importante, tener una **persona que vaya contigo.***
>
> ***Grupo de mujeres sinhogar***

Durante la asistencia sanitaria tambien **hay discriminación de corte parternalista** puesto que a veces los equipos profesionales sanitarios se dirigen a las trabadoras sociales que estan reallizando el acompañamiento y no a la paciente.

> *En este caso la matrona se dirigía a **mí como referente, e**ntonces yo en todo momento era como "no, no, dirígete a ella, yo solo vengo a acompañarla, si hay alguna dificultad pues entonces ya intervengo". Pero ella era como "bueno, pero entonces no sé qué, no sé cuántos". Y le digo "que lo hables con ella". Como intentar **reconducir en todo momento** porque en el momento **en el que una extranjera**, o yo por lo **menos lo sentí así en mi experiencia personal**, en el momento que **una extranjera va acompañada de una mujer española** que trabajas en una entidad, ya es **como contigo tengo que hablar**.*
>
> ***Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES***

Discriminación estructural

La discriminación hacia las mujeres privadas de libertad es también estructural, puesto que, dependiendo de la naturaleza del centro penitenciario, si es exclusivo o es mixto, la asistencia sanitaria será más accesible o no.

Durante los partos de las mujeres privadas de libertad de los centros mixto se han detectado la falta de protocolos de seguridad que ralentizan la asistencia sanitaria. Algunas de las circunstancias que en los centros mixtos se encuentra alejados a los centros de referencia.

> *Si viene a este hospital una presa tiene que haber una patrulla de la policía. No es la guardia civil, **es la policía.** Como en Aranjuez solo hay dos patrullas de la policía, si una se queda aquí ya el pueblo **se queda sin patrulla**, o si coincide que es un día que solo hay una patrulla. O sea, fíjate tú de qué cosas **intervienen en el parto** de un niño. Bueno, pues entonces la vamos a sacar al Tajo, nos llama el jefe diciendo que no, que ha llamado el comisario de Aranjuez que al Tajo no se la puede sacar a no ser que esté de parto. Pues nosotras queremos que salga porque estamos sin médico y solamente puede ser si llamamos a la UVI.*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

La derivación de un recurso sanitario a otro hace que se retrase la asistencia sanitaria de un parto, pasando de una UVI a una Ambulancia. En este caso **la asistencia sanitaria en los pródromos de parto en un centro sanitario llegó a ser de 5 horas**

> *Ya viene la UVI, fíjate qué recurso, tía, porque la mujer n**o estaba de parto ya**, no estaba **la cabeza saliendo,** pero tú no sabes cuándo va a partir. Viene la UVI y dice que **no está de parto**, que no se la lleva, que hay que llamar a una ambulancia. Llamamos **a una ambulancia.** Esto eran las 8 de la mañana y esto ya **te hablo que salió a las 12.***

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

La insistencia por derivarla de nuevo al centro penitenciario hace que la mujer vuelva de nuevo al centro penitenciario en unas condiciones peligrosas de salud, exponiéndola a un parto de riesgo y experimentado un sangrado sin asistencia médica.

> *Viene una ambulancia **convencional** y la lleva **al Marañón.** Al Marañón **la exploran** y la dicen que no está de parto, que está de **5 centímetros,** que puede parir, pero está **en parto en curso**, pone parto en curso, pero que no la dejan, la devuelven **por la tarde.** La mujer lleva llorando, sin comer, sangrando, sola, ¿sabes? Sangrando porque rompe aguas. No rompe aguas pero empieza a tener un sangrado. La reciben mis compañeras, se asustan, empieza a tener contracciones cada más, pues ahora a ver qué la hacemos.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

Los intentos de devolver a la mujer en pleno parto a su centro penitenciario han sido señalados no solo por profesionales si no por mujeres privadas de libertad. Esta discriminación y violencia institucional, en la asistencia en los partos en los centros penitenciarios, hace plantearse que los protocolos hacia esas mujeres son insuficientes, lentos y poco eficientes.

> *Ahora hay que volverla a sacar, al Tajo, porque ya al Tajo tiene que ir. Viene otra vez la ambulancia que ha venido esta mañana, la UVI, ya la explora otra vez y dice que sí, que está de parto y entonces ya da a luz en el Tajo.*

Personal de CP con módulo de mujeres y madres

En **los centros penitenciario donde se encuentran mujeres gestantes privadas de libertad**, en concreto los centros penitenciarios mixtos se destaca la **necesidad de elaborar protocolos de asistencia médica en el caso de los partos para evitar una asistencia sanitaria tardia y con dolor.** Estos protocolos de asitencia médica tienen que caracterizarse por la coordinación entre los agentes de seguridad, el personal de seguridad del propio centro peninteciario, el personal médico

del interio del centro penitenciario, los equipos sanitarios de los centros de referencia, asi como el personal de asistencia de urgencia, UVI o Ambulancia.

Discriminación por edadismo

Las instituciones y recursos presentan cierta discriminación por edad y esto afecta a la satisfacción y cobertura de las necesidades específicas según la edad de las mujeres. La derivación sanitaria al especialista ginecológico puede verse **limitado por la edad corta del paciente, algunas de las enfermedades o patologías son menos probables en ciertas edades, con lo cual, la derivación no es contemplada**[120].

Según la falta de exclusividad de los centros penitenciarios, sean mixtos o exclusivos de mujeres, hace que el edadismo se de en mayor medida dentro de la propia institución penitenciaria por la diferencia en la exclusividad. Mientras en los centros penitenciarios con módulos de madres en periodo de lactancia se ven limitadas a tener que **autoconstruir los discos absorbentes**[121] , a las mujeres de mayor edad con incontinencia en los centros penitenciarios exclusivos de mujeres **se les proporcionan las compresas.**

> *Se ponen en salvaslip, por ejemplo, se compran un salvaslip o una compresa y se la pone, que es una cutrez, pero…*
>
> **Personal de CP con módulo de mujeres y madres**

> *Mira, un ejemplo, tenemos **una mujer mayor con incontinencia urinaria** y se le dan compresas de incontinencia.*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

Necesidades detectadas para salvaguardar el derecho a la no discriminación y proteger la igualdad de derechos.

Como se ha visto, cada uno de los hechos discriminatorios experimentados son particulares, dados un **momento concreto y lugar concreto**, haciendo de cada discriminación un hecho único. Por ello se hace imprescindible valorar todas las dificultades **derivadas de discriminaciones interseccionales** para la atención y asistencia sanitaria.

[120] Este caso esta referenciado como un trato edadista aparece en el derecho 1. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Véase aquí.
[121] Esta información fue recogida durante la visita a uno de los centros penitenciarios con módulo de madres, confirmando que no había aprovisionamiento de discos reabsorberte tanto por las madres como por las propias profesionales de los centros penitenciarios con módulos de madres.

Sin perspectiva de género interseccional no hay asistencia especifica e integral. La falta de perspectiva de género provoca la invisibilización de las necesidades particulares de las mujeres, tiendo consecuencias finales en la salud femenina, así como con la SSR.

La necesidad de aplicar **la perspectiva de género con una mirada integral e interseccional** se torna como necesaria para poder garantizar el acceso los servicios sanitarios una la asistencia sin perjuicio.

8 El derecho a la autonomía y a la integridad del cuerpo.

> ‘’**Toda persona tiene derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas, relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libres e informado previo a cualquier prueba, intervención terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.’’**
>
> (World Sexual Health, 1997)

La falta de autonomía por parte de las mujeres en riesgo de exclusión social viene interseccionada por **las vidas cronificadas en la pobreza** y en numerosas ocasiones la **trasmisión generacional de la pobreza** hace que la autonomía desde corta edad se vea anulada. En otras ocasiones la institucionalización de las vidas de estas mujeres también ha impactado en la autonomía.

> *T.S: Y lo normaliza, porque incluso **que estamos diciendo que estas personas son incluso abuelas**, entonces también sabemos de historias que ya son, sus hijas han **estado en protección de menores** y sus nietas están **en protección de menores**. Entonces, claro, son **generaciones** donde esto lo **tienen súper arraigado** y ese **arraigo** lleva a **la normalización.***
>
> **Personal de módulo de mujeres CP**

La violencia desde la infancia contextualizado en familias con trastornos adictivos o en los contextos de prostitución donde hay consumo de sustancias, hace que se cronifiquen la carencia de las necesidades infantiles. Los profesionales señalan como ejemplo que la falta de **autonomía de sus cuerpos,** como puede ser a la **anticoncepción se encuentra muy alejada en contextos de pobreza, violencia y adicciones.**

> *H: El perfil de aquí **de las mujeres** ya vienen de **familias desestructuradas**, de padres drogodependientes, de padres que han estado en prisión.*
>
> *M: Violaciones, malos tratos.*
>
> *H: Entonces estos perfiles como que vienen ya desde muy chiquititos, ¿no? Aquí puedes **hablar con una persona,** mi padre fue el que me incitó a pincharme, mi padre me puso la jeringa, mi padre me puso la aguja, yo con tal edad ya me prostituía, yo veía a mi madre prostituirse, mi padre me pegaba. Entonces eso ya desde muy pequeñitos, entonces sí que entiendes…*

*M: Lo **normalizan.***

*H: Entiendes que **sus preocupaciones** han sido otras, no la píldora, o me voy a quedar preñada. Están en otro campo, en otro nivel completamente diferente al nuestro y luego eso con los años pues…*

Centro de acogida y encuentro

Los contextos de pobreza merman la autonomia y la toma de decisiones de las mujeres en riesgo de exclusión**, y aumentan la interveción de la instituciones,** por ello la vidas de ellas y de sus descendencientes acaban siendo en poco autonomos en algunas decisiones. En el caso de los contecto donde hay pobreza infantil y la violencia hacia infancia se dan **retiradas de custodias del cuidado aun disponiento de redes familiares.**

*Bueno, pues a esta mujer, al marido y a ella, se les ha cambiado de prisión, al marido inmediatamente se le saca**, a los niños se los saca con la abuela**, con la abuela que no conoce a los niños, fíjate cómo será que en los servicios sociales a la semana le han retirado los niños a la abuela, de la desnutrición que tenían los niños y del estado de abandono, y esos niños están en una familia de estas de urgencia, de acogida de urgencia.*

Personal CP de módulo de mujeres

La múltiples violencias y violencias de género que han vivido han provocado falta de control y poder acerca de sus cuerpos. Como hemos podido ver en la parte de educación sexual y tipos de violencias, ese hace necesario **trabajar el empoderamiento para conseguir la autonomía** en todos los aspectos de la vida, pero uno de los principales, es situar conocer el cuerpo, ser conscientes de los hechos traumáticos para poder resarcir y recuperar la autonomía.

*C: Entonces estamos **hablando de una situación muy crónica.***

*T.S: Y **desprotección**.*

*C: Y de **desprotección en todos los niveles**, a nivel de personas **sin hogar**, a nivel de exclusión, a nivel de **violencia.** Entonces estamos hablando ya te digo, a **mujeres que llevan sufriendo prácticamente toda su vida** en todas estas áreas, a **nivel personal** ya ni te cuento porque muchas de ellas son incluso abuelas, **entonces imagínate el desarraigo familiar también y** el sentimiento de **culpabilidad** en la mayoría de los casos que eso supone.*

Centro de acogida y encuentro

La **toma de decisiones libre pasa a ser coaccionada** y en algunos casos mediada por los equipos profesionales. Algunas profesionales consideran que **la falta de autonomía viene trasmitida por los equipos de intervención** y por parte de la propia institución.

> *Sí, porque es verdad que sí que **hay perspectiva de géner**o, pero a veces se peca un poco **de paternalismo, infantilización.***
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

> *Sea **todo más directo,** no tanto desde el paternalismo, importantísimo, sino más **desde el feminismo.***
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

El alcance de la autonomia de las mujeres en riesgo de exclusión social es una de las metas de la intervención social que se considera que tiene que ser trabajado desde el ejercicio de la responabilidad personal. Las propias profesionales afirman que es **un paternalismo ciertamente aprendido y transmitido desde la institución.**

> *También hay algunos que son un poco más carcas o más antiguos, los que están como más arriba y luego también hay mucho paternalismo, lo que hemos visto, a veces es como ¡**Ay pobrecitas**! Que les quitan esa responsabilidad y muchas veces, yo qué sé, como que nos piden cosas y les digo "chicas que eso lo tenéis que hacer vosotras, yo te puedo ayudar, pero yo no te lo voy a hacer". Entonces como ese **paternalismo que hay ahí de pobrecita la mujer**,*
>
> **Personal de CP exclusivo de mujeres.**

El enfoque y perspectiva de la intervención para lograr la autonomia, toma de **conciencia de la responsabilidad** es considerado imprescindible para poder logar la titularidad de derechos. De hecho se considera que el módelo asistencialista se encuentra alejado de esa autonomia integral a largo plazo. El derecho a **libre consentimiento informado** no se encuentra presente.

Como se ha podido ver en el derecho a educación sexual, en concreto en los grupos de trabajo o terapias, se destaca **la adaptación de las sesiones en los ritmos de las mujeres**. Adaptar la intervención a los ritmos es imprescindible. En el caso de las comunidades terapéuticas, la **adaptación a los ritmos** tiene que ir acompañado del abandono de barreras individuales para la consecución de sus objetivos, como **es autoculpabilidad** y **actitud pesimista, por ello se trasladan** las metas a cortos plazos (día a día) y realista para la autonomía.

> *Entonces **no te voy a decir lo que tienes que hacer mañana**, pero **hoy tienes que cumplir.** Y para ellas al principio es **muy difícil trabajar de esta** manera porque siempre **como que futurizan o se culpan** por el pasado y es una forma como de no hacer. "Ay que ver yo qué mal me he portado". Desde **el victimismo**, ¿no? Entonces desde **el victimismo me tiro en la cama**, me pongo a llorar y no hago nada en todo el día, ¿no? Entonces es como **retoma tu vida**, aquí y ahora, que lo que ya ha pasado no lo puedes cambiar, pero sí lo que pueda pasar y empieza desde hoy. Y sí que es algo **que les ayuda muchísimo porque tenemos ciertas herramientas** que **las reconducen al aquí y** al ahora y les da **muchísima tranquilidad.***
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Este derecho se encuentra íntimamente relacionado el **derecho a vivir una vida libre de violencia** (en concreto con la discriminación en el trato médico y la violencia obstétrica); el derecho a no discriminación (en concreto discriminación aporofóbica o racial); y, por último, el derecho a **la información**, sin una información veraz, precisa y comprensible no se puede ejercer a **decisión libre informada** y como consecuencia no se dan autonomía en la decisiones sobre la **integridad de su cuerpo**.

Mujeres con trastornos adictivos

En el caso de los grupos exclusivos de mujeres las mujeres con trastornos de adicciones los equipos profesionales optan por dotar de **libertad temática a las mujeres** para fomentar la autonomía en las sesiones de las terapias de mujeres. El abordaje en grupos de trabajo de los intereses temáticos de las mujeres **genera más adherencia al grupo** y en definitiva más **autonomía**.

> *La psicologa planteó un poco temas, temas que **nos sintiéramos**, o que **necesitáramos**, o que nos pareciera **oportuno**, entonces hicimos ahí una lista, cada una iba diciendo lo que **le gustaría**, pues **la depresión**, o yo qué sé, **mil cosas que apuntabas**, que luego como **dice ella** hay veces que nos íbamos por otro camino, pero en realidad ella nos propuso a nosotras el ir dando pistas, o sea pistas no, las **necesidades** que teníamos para los temas del grupo y la verdad que salieron un montón de temas.*
>
> **Grupo de mujeres con trastornos de adicciones.**

Las sesiones se adaptan a los ritmos de las mujeres fomentando un abordaje adaptado para mejorar en la autonomía y demanda de los temas que a tratar en las sesiones. Esta flexibilidad es clave para poder adaptar también facilitar **la conciliación familiar y laboral.**

> *Entonces tú me decías, el grupo no tiene una duración concreta, normalmente son como 12 sesiones, entonces ha habido grupos que han durado 12 y otros que han durado 25, y otros 30, depende un* ***poco de la evolución del grupo****. Normalmente es un grupo donde las mujeres se incorporan y se mantiene mientras están en tratamiento y sus ocupaciones se lo permiten. Los grupos tienen una serie de temas que tocar, lo que pasa que hay grupos que* ***para hablar de autoestima necesitan dos días*** *y otros que necesitan cinco, entonces no hay duración con un programa muy cerrado, sino* ***que va dependiendo.***

Grupo de mujeres con trastornos de adicciones

Este **abordaje adaptativo** es clave para poder dejar **espacio a la apertura y seguridad, para** problemáticas que interfieren en **la autoestima de las mujeres**, en el siguiente ejemplo de mujeres sin hogar durante los talleres y formaciones exclusivas a mujeres.

> *Son mujeres* ***que están alojadas*** *en ese* ***propio recurso****, entonces ellas van a seguir estando en ese* ***propio recurso.*** *Lo que sí que permiten* ***estos talleres*** *es que si una* ***mujer verbaliza*** *que ha sufrido cualquier tipo de violencia y quiere empezar* ***a abordar ese tipo de violencia,*** *son también como* ***una vía de acceso a que puedan trabajar****. Si tú no quieres contar nada y luego quieres contar que* ***te vino la regla con 10 años****, fenomenal. Pero si quieres* ***contar que has sufrido una*** *agresión sexual cuando* ***eras pequeña*** *y que te gustaría* ***trabajarlo****, es una* ***vía de acceso*** *a que se te pueda derivar al recurso donde trabajar así, por ejemplo. Entonces es una manera de* ***abrir también la posibilidad*** *de que si* ***hay mujeres que lo han vivido*** *y quieren lo pueda abordar. Ellas se* ***mantienen en su recurso,*** *pero digamos* ***que abrimos como ventanitas.***

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Comunicar las experiencias traumáticas tras haber estado en estos talleres abre la posibilidad de trabajar un *leitmotiv* continuo que es la culpa.

> ***El sentimiento de culpabilidad, que hay que trabajarlo y no hay un espacio donde se trabaje. (…)*** *H: El que* ***sentirte indefenso, la culpabilidad y*** *el sentirte* ***indefenso van de la mano,*** *¿sabes?*

Centro de acogida y encuentro

Los temas que abordan la sexualidad tienen que ver con autoestima, autocuidado y sobre **todo relaciones sociales desiguales**, pero es necesaria la sensibilidad en los ritmos de abordaje, sobre todo para temas como la **autoestima y consciencia de la salud SSR.**

Otro de los aspectos claves que han considerado necesario para el derecho a autonomía, es elaborar recursos para salida que puedan complementar sus itinerarios de autonomía. En el caso

de las comunidades terapéuticas con mujeres víctimas de violencia de género, se plantean algunas problemáticas, en cuando a las pocas redes de apoyo, así como familiares. Los equipos profesionales consideran que hay una necesidad de trabajar de manera integral la autonomía de las mujeres.

> *Por ejemplo, la mujer que viene de una casa de acogida, que n**o tiene ningún apoyo familiar**, cuando terminan el tratamiento con nosotros **no tiene nada donde** ir, la casa de acogida no vuelve a acoger a esa mujer una vez que se ha intervenido sobre la adicción. Y ese vacío sí que lo hemos hablado con instituciones, con el propio IAM y no hay una respuesta, eso sí que es un problema importante, que después del trabajo que hace la mujer aquí, que no tenga ningún apoyo después, a nivel de un recurso, que si acompañándola.*
>
> **Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres**

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial

La cronificación de la pobreza y la itinerancia entre los recursos, hace que las vidas de las mujeres en riesgo o en exclusión residencial se encuentre i**nstitucionalizadas de manera intermitente**. El poco impacto a largo plazo de los recursos de la red de sin hogar, genera que **la dependencia sea continuada.**

> *Donde **viven,** la situación en la que viven y por lo **que tienen delant**e, que es que a lo mejor **me quedo sin casa,** dónde voy **a dormir**, dónde voy **a comer,** toda esa problemática, que a lo mejor ya de por sí es **un añadido** a toda la que tengan de por sí ellas, pues claro, **dificulta mucho que toma de decisiones sea una toma de decisiones consciente,** hacia donde quieras ir, autónoma. O sea, al final están como i**nfluenciadas por la supervivencia**, son mujeres supervivientes o que viven en plena supervivencia*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

Los equipos de profesionales van un paso más allá y consideran que las situaciones de cronificación que viven las mujeres esta caracterizados por **la soledad**. El desarraigo de la sociedad hace que al traslado a otra ciudad hagan retomar los mismos espacios de riesgo que se estaba intento abandonar.

> *H: Es que **la raíz de la vulnerabilidad e**s eso al final, **que te ves sola,** porque dices al final **lo más fácil es que tú te vayas y no muevas a todo**. No, vamos a ver, **yo soy la víctima en este caso,** en este proceso, qué podemos hacer para que **yo no me sienta otra vez desarraigada**, otra vez moviéndome **a otra ciudad,** que al final me meto en **los mismos circuitos y a ver si no me vuelve a pasar,** ¿no? que es lo que tenemos, hilando un poco con **todas las mujeres que venimos hablando.***

Centro de acogida y encuentro

La falta de autonomía por las estancias contantes en recursos requiere adscribirse a **reglas y normas adjuntas** a los centros de asistencia.

> *Podemos oírla'' o sea me tengo que **callar esto porque si no me van a echar**'' Eso pasa. Entonces ahí tú tampoco puedes decir **mucho más**, lo tienen claro y lo que hacen es estoy aquí **porque aquí duermo**, si pasa cualquier cosa, ya sé que voy **a poder dormir en un sitio** y **no me quiero meter en líos,** quiero seguir así durante **el tiempo que sea,** aunque esto **me suponga tener que pasarlo mal con otras cosas**.*

La autonomía sobre sus decisiones se encuentra mediado por el contexto en el que se encuentra, por ello el **contexto institucionalizado merma la toma de decisiones.**

> ***Son mujeres que al final su vida es como tengo** que cumplir **ciertas cosas** que me piden para **permanecer** en este recurso, entonces al final la **toma de decisiones** no es tanto tuya como "no, es que **decido hacer** esto porque es **que si no a lo mejor** me van amonestar''.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Las mujeres en riesgo de exclusión residencial que se encuentran el albergues o recursos de estancia limitada, consideran que no se promociona su autonomía por la **poca oferta de formación y talleres de ocupación** de las mujeres sin hogar o en riesgo de exclusión residencial.

> *Un centro como dice ella para mujeres como nosotros, por ejemplo, seguro que tuviéramos nuestra mente ocupada, que debíamos de hacer algún curso, alguna cosa que tuviéramos la mente ocupada (…)*

Grupo de mujeres en situación de sinhogarismo y con consumos activos

Las propias mujeres en riesgo de exclusión residencial, consideran que llegaran **tampoco a ser autónomas, ni libres por los horarios herméticos** del recurso las considerando que las devuelve a la calle y a la inseguridad. Además, consideran que esta situación los puede llevar retomar un posible consumo en el caso de que también hayan experimentado un consumo previo.

> *No estar todos los días en una calle tirada desde la**s 7 y media de la noche estar en una calle,** no sabemos dónde ir ni qué vamos a hacer porque no tenemos a donde ir ni tenemos nada que hacer, qué es lo que hacemos en la puerta y me lo dice la otra y lo que no dice la otra lo dice el otro y si no el otro, qué hacemos, nos reunimos entre tres o cuatro, "yo tengo 3 euros", ¿y a dónde vamos? A la droga.*

Centro de acogida y encuentro

El derecho autonomía de las mujeres en riesgo de exclusión viene acortado en parte por el recorte de los derechos anteriormente redactados, como es la recepción y percepción del **trato degradante, la discriminación y el estigma**. La **demanda de acompañamiento en las consultas** médica tiene que ver con ese grado bajo de autonomía e inseguridad creada.

> *E: Incluso ellas ven en una diferenciación en el trato, cuando van ellas, cómo se dirigen a ellas y cuando nosotras acompañamos cómo el trato de **la profesional** hacia nosotras **es diferente,** y eso te lo devuelven también las mujeres, **"no, es que cuando estás tú me habla mejo**r". (…)Es eso pasa con todo, lo que pase a lo mejor a nosotras pues que nos toque la borde tampoco nos influye, pero claro, a estas mujeres, se sienten como regañadas. (…)*
>
> *E: Tenemos **otras herramientas** para hacer frente a ese **tipo de situaciones**, que ellas muchas veces no tienen, ¿no? también por la **situación que vienen arrastrando,** como tú puedes poner un límite, puedes pedir que te lo explique bien, que te hablan bien, pero estas mujeres **son incapaces** de todo eso.*
>
> **Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar**

En el anterior ejemplo, se aprecia como la falta de autonomía también vienen precedida por una falta de autoestima que es imprescindible trabajar. Trabajar la independencia y la toma de decisiones autónoma, es básico para poder mejorar una autopercepción buena de sus capacidades.

Mujeres privadas de libertad.

La **falta de posesión de un informe médico proporcionado por el interior del centro penitenciario** hace que las mujeres soliciten el acompañamiento para las consultas médica de los profesionales de intervención. Además, la poca capacidad de las mujeres (reconocida por las profesionales), algunas de las profesionales confirman realizar un seguimiento médico, en ausencia de un informe médico. La presencia de las profesionales genera mayor confianza en los equipos médicos para poder recetarla la medicación.

Los programas de los centros penitenciarios como el de *Ser Mujer* mejoran las condiciones psicológicas de las mujeres víctimas de VG's, como hemos señalado en el derecho a educación sexual y reproductiva, **el impacto positivo de este programa también es el incremento de autoestima y autocuidado**. (Ministerio del Interior, 2019, pág. 54) Favorecer una autoestima, pautas de autocuidado, mejorar la autoimagen, y logra situar como un sujeto de derecho, con capacidad de decisión y agencia, y favorecer el consentimiento expreso.

> *Que de hecho el trabajo, el este de Ser Mujer también trabaja un poco sobre eso, saber **tomas tus decisiones***

Personal CP exclusivo de mujeres

La autonomía que generan el Programa Ser Mujer consideran las propias mujeres que no está en **concordancia con los programas de autonomía económica**, es decir con el acceso a las propias formaciones y talleres porque el acceso es mayoritario de hombres y además esta focalizado a unos talleres de sectores muy precarizados.

> *"Pues es que a mí me hacen, o sea yo voy al Ser Mujer y cuando cuento ahí, guay, esto está hecho para la igualdad y tal, pues digo mira si yo lo que realmente necesito es dinero, porque lo que necesito es trabajar para poder ser autónoma y entonces apuntadme a este taller, al que solo pueden ir hombre, que es el mejor remunerado". "No, es que si te meto en este taller pues vamos a tener unos problemones aquí". Claro, y dices, jo, pues entonces me estás dando este programa de Ser Mujer para que sea autónoma y para que me sienta en igualdad de condiciones, pero es que en el fondo realmente el acceso que tengo a cocina, a limpieza, a la lavandería, que son talleres mucho menos remunerados. Entonces el tema de la igualdad en la prisión todavía le queda un buen trecho.*

Como hemos visto en el acceso a información para acceder a esta capacitación esta es sesgada por género y por criterios discrepcionales del funcionariado. Un vez consiguen acceder se limita el acceso **a los talleres de ocupaciones mejor remuneradas** en prisión fue preguntado por la asociación ACOPE en el Senado, teniendo este último que reconocer que existia una brecha de género importante y la división sexual del trabajo se perpetua.

> *Los talleres más remunerados son los **de piezas de automóviles**, o sea los productivos, los que realmente son de una empresa, que tienes piezas de ascensores, o de vehículos o lo que sea. No los propios del mantenimiento de cárcel que eran los típicos que se **dejan en manos de las mujeres**.*

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual

El derecho a autonomia de las mujeres supervivientes a fines de explotación sexual ha sido completamente vulnerado desde el prinicpio, en la fase de captación. La integridad del cuerpo se ha visto en numerosas ocasiones trasgredida por la violencia sexual y física.

A lo largo de las intervenciones sociales y sanitarias esta autonomia es lograda mediante el paulatino programa de capacitación, por ejemplo en el idioma y capacitació para la inserción laboral. La vulneración de la integridad corporal es trabajda por equipos especializados en psicologia, en unmeosas ocasiones tienen presentan cuadros de estrés postraumatico.

Necesidades detectadas para la autonomía y la integridad del cuerpo.

Es necesario focalizar los planes de prevención de violencia sexual a ciertos contextos sociales donde la cronificación de la pobreza es significativa. La violencia sexual, así como la psicológica impacta directamente en la autonomía e integridad de las personas, por eso es clave llevar a cabo programas de intervención que sean más profundos y que puedan llevar a cabo los planes de autonomía e integrar el ejercicio de la titularidad de derechos.

Algunos de los equipos profesionales de intervención consideran que el asistencialismo es una respuesta cortoplacista y que la intervención que tendría un mayor impacto seria aquella que incorporara la plena autonomía y toma de decisiones, también en el campo de la reproducción y la salud sexual. Para poder logar esta autonomía se requieren de otros servicios que protejan los derechos de manera integral como por ejemplo el derecho a la vivienda.

9 El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.

> ‘’**Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad. Estas razones incluyen: orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o pro acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva**’’
>
> (World Sexual Health, 1997)

Este derecho se encuentra vulnerado en todos los perfiles de estudio. En las entrevistas realizadas se presenta una coerción hacia su **libertad sexual y seguridad de las mujeres**. En los perfiles de mujeres con trastornos de conductas adictivas y en situación de violencia de género, se las limita la seguridad en cuanto por criterios excluyentes, como es el de **conducta adictiva** las limita la entrada en recursos de violencia de género. Como se ha podido ver en el anterior apartado (punto 1.2) con los propios recursos de adicciones presentan una exclusividad y no admiten a personas con adicciones activas, por ello los propios criterios excluyentes de las instituciones dejan en situación de desprotección e inseguridad.

Mujeres con trastornos de adicciones.

Dependiendo del grado de dependencia puede limitar la capacidad de libertad, es por ello que en altas dependencia se ven coaccionadas para tener **prácticas sexuales de riesgo** con el objetivo de conseguir un intercambio de droga y dinero.

> *T.S: Claro, imagínate **que ella consume** y dice “yo no quiero **hacer nada** porque no tengo preservativo”; y le dice él “pues **no porque** no tenemos **dinero para consumir**, así que el primero **que venga**, el primer **cliente** que venga lo **tienes que atender**”. Entonces ella se ve entre la **espada y la pared.***
>
> **Centro de Encuentro y Acogida**

Algunas de las relaciones entre parejas consumidoras presentan el **rol de proveedora** para conseguir sustancias o dinero, siendo ellas las que están en una mayor situación de inseguridad, por la violencia sexual y los contextos de prostitución. Estas vivencias sexuales continuadas se presentan como situaciones sin elección, es decir, **no se presenta como una decisión libre**.

*Ellas aparte de contarme episodios de violencia te habla de asco, es que claro, es la palabra tal, "a mí me ha dado **asco estar** con esta persona", pero digamos la coma está en no he tenido más remedio porque si no, no tengo para consumir.pero digamos la coma está en **no he tenido más remedio porque si no, no tengo para consumir**.*

Centro de Encuentro y Acogida

La intervención social cuanto hay presencia de dependencia y VG's, se intenta **generar cierta consciencia** a las mujeres del **paralelismo entre la dependencia de la violencia de género y la adicción (dependencia).** La coacción por parte del agresor además no abandonar el consumo como se puede apreciar está promovido en gran parte por esa relación de control y falta de libertad.

*S: Yo es que ahora mismo el apoyo de mi marido para la recuperación del proceso que llevo es cero, es cero, no está muy bien y luego, es más, a él le interesa que yo siga consumiendo porque de esa **manera yo sigo con él**, no tengo la mente clara*

Centro Atención de Adicciones

Como necesidad en este perfil en concreto encontramos de nuevo que **la desprotección por parte de los recursos** mixtos se da por los anteriores criterios excluyentes, en este caso una superviviente de violencia de género que presente adicciones activas.

*TS: Claro, porque si pones **una denuncia por violencia de género,** sí tiene un **sistema de protección**, por ejemplo, un piso, ¿no? pero estas mujeres **tienen adicción**, entonces, de hecho, uno de los **casos recientes** es que se ha llevado **más de una semana sin poder consumir,** con lo que esto, el **síndrome de abstinencia que esto implica.***

Centro de Encuentro y Acogida

Los itinerarios en las comunidades terapéuticas constan **de varias fases** en las cuales, las primeras tienen limitado el contacto telefónico con personas del exterior como la familia. Esto en las mujeres es clave puesto que el contacto con los/as hijos/as, pareja u otro/a miembro de la familia supone un malestar pasajero. El argumento de la prohibición de la comunicación, es establecer un foco en su recuperación y generar empoderamiento.

*A lo mejor una persona se ha dedicado toda su vida a **la cuidar a su madre** y le cuesta mucho trabajo **desligarse de ella** y **el desapego** durante ese tiempo es necesario para que no enfoquen o no sigan enfocando **su vida en esa persona**, sino que empiecen a mirar para ellas y decir vale esto ahora sí es mío, tengo que tomar **las riendas de mi vida,** tengo que ver cuáles son mis dificultades, **sin pensar en nadie que esté fuera**. Por muy duro que parezca **es lo único** que funciona.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Sin embargo, los mandatos de género como el cuidado de los hijos hacen que esta primera fase se presentara como una causa de abandono de la comunidad terapéutica. Este hecho ha supuesto que algunas comunidades terapéuticas se adapten a las necesidades de las mujeres y permitan en cierta medida un contacto con los/as hijos/as en esta etapa inicial.

> *En ese plazo hay un **plazo inicial** en el que la paciente no puede volver **a su contexto físico**, aunque sí que tiene c**ontacto telefónico e** incluso con videollamada, **todo eso lo hemos ido incorporand**o (..) porque era una **demanda de las propias mujeres,** que si no tenían contacto telefónico **la primera semana** por ejemplo esa misma presión hacía que abandonasen el tratamiento. Entonces hemos favorecido desde **la primera semana** que tengan contacto telefónico, si tienen hijos pequeños que tengan videollamadas.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Además, tras las experiencias en las comunicades terapéuticas exclusivas de mujeres, sobre las anteriores relaciones amorosas basadas de dependencia entre la adicción y la violencia de género hace que en los equipos profesionales prohíban de manera expresa de **las relaciones sexuales con otras mujeres**, que bajo el incumplimiento se opta por la expulsión.

> *Las enfocamos un poco a que se centren en el tratamiento, porque **son mujeres que vienen la mayoría de relaciones dependientes de pareja**, entonces llegan aquí y otra vez establecen una relación de dependencia que hace que no se centren en su tratamiento y que a veces abandonen cuando la otra persona decide irse por lo que sea. Entonces intentamos en ese sentido que aprendan a ponerse unos límites, independientemente de la relación que puedan tener una vez que se vayan.*

Comunidad terapéutica exclusiva de mujeres

Se puede leer como una forma de coartar la libertad individual de comentar relaciones interpesonales, pero los equipos profesionales priozan el empoderamiento, el aprendizaje en el autocuidado y sellar el foco en la recuperación, como uno de los ejercicios prioritarios con un **mayor impacto a largo plazo** que el que generar una relación en el contexto de la comunidad terapéutica.

El derecho a la vida y a la seguridad de la persona se relaciona con la retiradas de las custodias de las madres que presentan consumos activos. La coordinación entre los centros de trastosnos de adicciones y los servicios sociales suele ser por la situación de embarazo de las mujeres con consumos activos. La importancia en estos casos es considerar el interés superior del o la menor.

TS: O sea, nosotros sí que somos ***muy cuidadosos*** *con los pacientes que tienen adicciones y que* ***tienen hijos*** *o tal, que* ***no es una cosa de la noche*** *a la mañana, pero sí que vamos valorando el riesgo que puede* ***haber para las menores*** *y en algunos casos pues sí que* ***hemos tenido*** *que avisar* ***a servicios sociales para que servicios sociales valore el riesgo que pueda haber****. De ahí a tomar una medida, pues luego* ***servicios sociales*** *es quien tiene* ***que ir haciendo un seguimiento.***

Centros de Atención a las Adicciones

M: ***Nace el niño, se lo quitan, se lo retiran y le dicen que venga a tratamiento. Inicia con nosotros, pero al final ella no tenía una conciencia de problema.***

TS: Sí, sí, yo creo que al nacer le harían ***pruebas al niño*** *y daría* ***positivo en cocaína*** *el niño, entonces claro,* ***le retiraron la esta.***

Centros de Atención a las Adicciones

Mujeres privadas de libertad

La libertad es el uno de los derechos que están privados en las mujeres internas en contextos penitenciarios. El **derecho a la seguridad** está supeditado a protocolos y medidas de seguridad, como puede ser en la asistencia sanitaria de las mujeres internas. Estas medidas de seguridad se encuentran establecidos en el reglamento penitenciario de seguridad, el cual Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario [122].

En el caso de **los vis a vis** donde la vigilancia es menor puesto que es un ambiente de intimidad, se considera que puede estar vulnerándose el derecho a la libertad y a la seguridad sanitaria, por el hecho de ceder a tener **prácticas de riesgo sin protección bajo la coacción de los agresores.**

Sí que en los vis a vis y demás pues tener, el tener en cuenta que muchas veces los señores que vienen a los vis a vis pues muchas veces son agresores, pero es que sí que lo tienen en cuenta y ellas también lo tienen en cuenta, pero también tener en cuenta el que ellas pueden estar accediendo a tener ciertas relaciones sexuales con gente que no quieren tenerlas realmente

Personal de CP exclusivo de mujeres.

Las diferencias entre los centros de penitenciarios de exclusivos de mujeres y de mixtos recaer de nuevo en los protocolos de acceso a servicios como las bibliotecas.

[122] Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Véase aquí.

O sea, al final, el acceso a todo, a la biblioteca, en este caso te lo digo a la salud porque estamos hablando de eso, pero cuando una cárcel es mixta los accesos de las mujeres son mucho más limitados.

Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad

Las mujeres internas que presentan adicciones son comunes que sean supervivientes de violencia de género.

El 88,4% ha vivido violencia machista previa y en muchos ***casos abusos sexuales*** *incluso* ***en la infancia*** *(…)Y luego también violencia de género, es importante, que muchas veces la persona que va a visitarla, o el padre de los hijos, muchas veces es agresor, el tenerlo en cuenta desde ahí.*

Personal de trabajo social de CP exclusivo de mujeres.

Las conexiones con los diferentes tipos de violencia de género en el estudio son numerosas, pero en el caso de la adicción en situación de privación de libertad es muy específica y concreta por el contexto que se desarrolla. La **doble dependencia** (tanto de la adicción como por la situación de violencia de género), es vivido como **una coacción y falta de libertad**. Esta situación en las mujeres privadas de libertad, traslada a los profesionales indicios de dependencia hacia los agresores y que en grandes ocasiones han sido estos los que les ha promovido el consumo.

Trabajaba mucho lo que era la adicción comparándola continuamente con la violencia de género y las relaciones de violencia, con esa dependencia vamos a decir, que se lleva por esos altos, esos picos y esas bajadas.

Personal de trabajo social de CP exclusivo de mujeres.

Mujeres en riesgo o en exclusión residencial.

Como se ha visto en el apartado de violencia institucional, la localización alejada entre los recursos de pernocta en la ciudad y los que ofrecen comida, pueden generar cierta inseguridad en las mujeres puesto que se ven abocadas a tener que pernoctar en la vía pública[123].

La violencia de género en las mujeres sin hogar por parte de una pareja actual es una situación complicada en cuanto al acceso de los recursos abiertos de personas sin hogar. La inexistencia de

[123] El aspecto de la distancia de los recursos, así como la distancia entre ellos aparecen también en el apartado de los tipos de violencia, en concreto violencia institucional, porque se considera que la localización de los recursos en zonas aisladas y alejadas de los centros de las ciudades generan dificultad de acceso y una complicación mayor para acceder a otro tipo de servicios en las ciudades.

protocolos de actuación en parejas de personas sin hogar con órdenes de alojamiento presenta una vulneración del derecho a la seguridad, vida y libertad.

> *-H: Sí, cuando hemos tenido este problema con el equipo que estaba poniendo Nuria, el hombre venía "hola, ¿me puedo duchar?" Y tú decías "no está, sí". Cero protocolo. Está ahí, no puedes entrar, ven más tarde.*
>
> *-M: Personas con orden de alejamiento que se han reajuntado, ¿cómo lo hacemos? Entráis, no entráis,* ***no podemos estar juntos****, uno en la puerta esperando a la otra.*
>
> **Centro de personas sin hogar**

> *¿Cómo actuamos nosotros? Nosotros estamos dándole vueltas últimamente un montón a este tema, nosotros no tenemos las herramientas para actuar ante casos de violencia de género. Esto es un centro abierto, si hay denuncia, si no hay denuncia, la otra persona puede entrar, qué pasa con la orden de alejamiento, quién tiene prioridad.*
>
> *Llamamos a la policía, no la llamamos, qué hacemos.*
>
> *También nos sentimos con pocas herramientas y perdidas antes cómo actuar.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

La falta de documentación por extravió, robo o cualquier situación les impide tener la libertad para poder acceder de manera libre y autónoma a la asistencia sanitaria y a su medicación, teniendo que asistir a los recursos profesionales para poder solicitar ayuda para una nueva documentación. Eso expone una **dependencia administrativa y asistencial.**

Como sea visto en el apartado de las relaciones semejantes a las matrimoniales por la monogamia, las mujeres sin hogar establecen relaciones con un solo hombre por protección y seguridad a la violencia sexual[124]. Este mecanismo de protección es solo para dar una mayor apariencia de protección.

> *Buscan seguridad a lo mejor, más* ***de beneficio que te está perjudicando,*** *pero ella ve una figura masculina a su lado.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

[124] Resultados alineados con los encontrados en la investigación de Fundación Atenea, *Los procesos de inclusión social desde la perspectiva de género:Mujeres y exclusión residencial. Más allá del sinhogarismo* (Molina Sánchez & Fernández-Baz , 2018)

Se destaca la necesidad de la existencia de un telefono unificado donde puedan asesoren sobre casos especificos de mujeres. Este telefono pueda propocionar la astencia a recursos especificos para cubrir las necesidades sanitarias de urgencia.

> *H: Ah, no, no, **no mixto,** por supuesto, claro, claro, claro, efectivamente.*
>
> *M: Pero que yo creo que eso a lo mejor se hace en sitios, por ejemplo, hay una **parte del albergue de mujeres** que es para madres gestantes y familias, o sea yo creo que eso se hace en esos sitios. Aquí que es una mujer cada dos años.*
>
> *H: Sí, pero una mujer aquí, otra en San Juan de Dios, otra en (.), otra en Iserta, quiero decir, y en muchos más sitios.*
>
> *M: Sí, pero sí sería bueno que **hubiera una coordinación,** cada vez que **hubiese un caso,** no que todos los meses voy a llamar al CEA a ver si hay alguna embarazada, no.*
>
> *H: No, **nosotros poder llamar.***
>
> *M: Sino este es el teléfono de **una unidad móvil,** si hay algún tipo de emergencia con respecto a un embarazo o algo, no solo un embarazo, o cualquier enfermedad*

Centro de acogida y encuentro

Mujeres supervivientes trata con fines de explotación sexual.

Las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual han sobrevivido a la vulneración del derecho a la vida, la libertad y a la seguridad al encontrarse en un contexto de violencia y coacción constante contra su sexualidad e integridad física. Algunas de estas mujeres al encontrarse en situación de protección estatal (algunas a través de protección internacional) la seguridad en cuanto a su integridad y seguridad es prioritario. Sin embargo,
esta protección hace que **sea lenta la asistencia sanitaria.**

No es tan automática la atención sanitaria

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

La aplicación de los protocolos de seguridad desde el inicio de los itinerarios de autonomía de las mujeres supervivientes TFES impacta la asistencia sanitaria primaria. Desde el principio **el empadronamiento es** Servicio Sociales lo cuales presentan la tardanza y retraso en la asistencia

> *Las dificultades que tenemos al **ser un recurso de seguridad es que no podemos empadronar** aquí, tenemos que empadronar en **Servicios Sociales.** Las primeras citas para Servicios Sociales tardan bastante, entonces normalmente tenemos un **periodo de tres meses** en los que las personas **no tienen asistencia sanitaria como tal en el centro de salud.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

Los **protocolos de protección y seguridad** de las mujeres supervivientes a la TFES implican que bajo **su consentimiento (decisión libre informada)**[125] se adopten medidas de autoprotección, para mejorar su seguridad y con el fin de evitar que vuelvan a ser a ser captadas o coaccionadas para volver a redes. Según el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos (2011) algunas de estas medidas de seguridad pueden incluir, el traslado a otra Comunidad Autónoma, tener un teléfono con comunicación permanente y acceso a un alojamiento seguro (Consejo General del Poder Judicial, 2011, pág. 9). Sin embargo, las mujeres que se encuentran en el sistema de protección de España ven en ocasiones acortada ciertamente su capacidad de libertad de movimiento y de autonomía, puesto que la comunicación ante un cambio de domicilio[126] puede ser negada bajo la premisa de la elevada situación de riesgo[127].

> *Luego igual, para contextualizar, solo decirte qu**e la gran dificultad es que las mujeres se suelen mover mucho.***

Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES

Estas mujeres **no han tenido la libertad de conocer en sus diagnósticos**, puesto que los/as tratantes ocultan diagnóstico sobre su estado de salud. Los/as tratantes controlan los seguimientos médicos, así como el acceso a los servicios médicos, por ello el derecho a la protección sanitaria es anulada. La **institucionalización de las vidas** de estas mujeres en pos de su seguridad y protección a su vida, condiciona en cierto modo su libertad, por ejemplo, en el caso de libertad de movimiento.

Como necesidades detectadas para poder mejorar el acceso a esto derecho, se hace necesarios que **los horarios de los recursos fuesen abiertos,** en concreto que estuvieran abiertos a horas nocturnas. Si los horarios que se establecen son cerrados se expone a una mayor situación de vulnerabilidad e inseguridad sanitaria. En el caso de las mujeres con trastornos adictivos en **contextos de prostitución** se pueden ver peligrada su seguridad y estado de salud.

[125] Según el Protocolo marco de protección de las víctimas de trata de seres humanos (Consejo General del Poder Judicial, 2011):*En caso de que la víctima rechace expresamente todas o algunas de las medidas de protección y seguridad propuestas, deberá hacerse constar esta negativa mediante diligencia, que será firmada por la funcionaria o funcionario actuante y por la víctima, dejando constancia en caso de que la firma de esta última no pueda ser recabada.* Sin embargo, el rechazo a las medidas de protección por parte de estas mujeres puede ser producido por la tardanza en los trámites administrativos (mujeres en situación irregular) y su necesidad enviar remesas de dinero para sus familias en países de origen (Diaconía).

[126] Este cambio de domicilio puede darse por la búsqueda de empleo. En 2022 se aprobó el Real Decreto 634/2022, de 26 de julio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Igualdad a diversas entidades para la inserción sociolaboral de mujeres y niñas víctimas de trata, de explotación sexual y mujeres en contextos de prostitución, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, donde se referencia la especial vulnerabilidad social de estas mujeres, al encontrar algunas de ellas en situación irregular, produciendo una mayor dificultad para la inserción laboral.

[127] Es importante destacar que estas medidas de protección se extienden a los/as hijos/as de estas mujeres, según el Boletín de Estadístico de Violencia de Género, un 75% (6.744 mujeres en total) están solas, mientras que un 24,8% son mujeres con hijos/as (en total 2.224 en 2022) (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022, pág. 88)

T.S: Estamos en la misma situación de antes, es el acceso, si a lo mejor esos recursos lo tuviera cuando le pasa, o sea cuando ya están en el polígono, en la carretera, pues imagínate que a lo mejor de allí a aquí pues tiene 40 minutos caminando, no podemos ni imaginar la situación que vive esa persona en ese recorrido, hasta llegar aquí y poder tener el acceso.

Centro de encuentro y acogida

Los horarios cerrados hacer interceder en la libertad de la persona, porque los horarios son establecidos por los recursos y no por las necesidades de las personas.

*El propio **sistema** te lleva a perder eso también, porque tú estás totalmente…, o sea todo está como muy **establecido y todo muy marcado** y si tú **te mueves en ese sistema**, pues entras en ese funcionamiento. (…) Y luego si estás en **una situación de exclusión severa**, pues pasa un poco lo mismo, claro, estás en un **recurso donde** te dicen a qué **hora te levantas,** lo comes, a qué hora te vas a la calle, a qué hora vuelves y las tres actividades que tienes que hacer a lo largo de la semana.*

Proyecto y recurso exclusivo de mujeres sin hogar

Necesidades detectadas para proteger el derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.

La necesidad de proporcionar seguridad en los centros donde se desarrollan los proyectos es imprescindible. Vuelve a emerger la necesidad de estar en continua relación y reflexión con la perspectiva de gñenero, como es el caso de las comunididades terapeuticas y su visión aperturista al uso de los juguetes sexuales, la intruddión de fotos y la posible comunicación exterior.

Alcanzar la libertad de las mujeres en situación de exclusión o riesgo de exclusión social tienen que ser mediante la aplicación de la perspectiva de género integral, y no alejarse de las condiciones y determinantes que atraviesan para no poder alcanzar su libertad.

La culminación de este derecho requiere de un despligue sincronico de los demás derechos y la aplicación de la perspectiva de género sin alejarse de las preguntas, *¿su libertad esta condicionada por su edad? ¿ y por su*s vinculos familiares? *¿Su trayectoria vital ha tenido sucesos extresantes vitales que condicionan a día de hoy su percepción de seguridad y libertad?*. Aplicar programas de intervención exclusivos de mujeres adaptarian de manera oportuna y pertinenente respuestas a estas preguntas.

Los estados afectados de salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo de exclusión ha sido producido directamente y de manera determinada por su falta de libertad, asi como su propia seguridad e integridad coorporal. La seguridad como concepto juridico tienen que ser aplicado de manera intrinseca en los procesos de recuperación, produciendo a su vez que las mujeres **puedan percibir y sentirse seguras** es compentencia de las autoridades, adminitraciones pública en la cobertura de servicios, tanto sanitarios como de asistencia social.

10 El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y a la indemnización.

> ‘’**Toda persona tiene derecho a acceso a justicia, a la retribución y la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de su tipo educativo, legislativo y judicial entre otras. La indemnización incluye el resarcimiento a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y garantía de que no se repita el acto agravante.**
>
> (World Sexual Health, 1997)

Algunas de las causas para acceder los derechos han sido analizados en los apartados anteriores. Se hace necesario conocer como poder resarcir y reparar esa falta de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, para ello habría que recopilar **cuales son las causas de acceso a la justicia**. La **inaccesibilidad para la justicia** se debe a varias causas relacionadas con la discriminación y múltiples violencias hacías las mujeres en riesgo o en exclusión social:

- **Escasa educación sexual produce** falta de información o aprendizaje para la identificación de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. La **falta de percepción e identificación de la vulneración** es una de las causas del conocimiento de esa vulneración de los derechos [128]. Habría que partir que algunos perfiles la escasa educación o niveles de analfabetismo produce la primera barrera para conocer los derechos SR. Es la llamada *non take up*, considerando que el desconocimiento de la norma hace desaprovechar los derechos asignados. Durante los talleres se producen la identificación de las violencias que han vivido en un pasado, al no ser identificarlas no han podido ser resarcidas o reparadas.
- **Desconfianza producida por la discriminación y la violencia:** La falta de confianza en las instituciones provocado por discriminación de género, aporofobia y racismo es una de las grandes barreras para el reclamo de una reparación. La violencia institucional tiene que con la desconfianza y del descredito hacia ellas. La relación con las instituciones, aunque hayan vivido vidas institucionalizadas no presenta una confianza puesto que son percibidas como insuficientes para ayudarlas a salir de su cronificación.

[128] El documento *El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores* (2011, Borja Segade, Carmen) señala que: *El análisis de las causas nos ayuda a conocer e identificar los factores que originan la vulneración del derecho y a identificar las acciones que deberán estar relacionadas con las causas identificadas, para paliar sus efectos o conseguir que desaparezcan.* Véase aquí.

- Entre otras causas se encuentran **las barreras administrativas**. La pérdida de documentación como el DNI o la documentación no reglada, provoca que las personas en situación de riesgo o exclusión social no puedan o quieran acceder a instancias policiales o judiciales.

Por otro lado, *la renuncia durante el proceso de trámite debido a su dificultad*, es también parte de la llamada *take-up* (Ubrich, 2023). En el caso de las mujeres sin hogar consideran que están desprotegidas en cuanto al acoso sexual por parte de los hombres de los albergues llegando a considera que la denuncia policial es ineficaz. La vida cronificada en la exclusión hace que no se consideren titulares de derechos.

> *P: Y cuando vives una situación así ¿por qué no la denuncias?*
>
> *Y para qué **la voy a denunciar,** si se van a reír de nosotros.*
>
> **Grupo de mujeres sin hogar**

Mujeres con trastornos adictivos.

En el caso de las mujeres con trastornos adictivos, el doble estigma se hace que las mujeres **no quieran denunciar en** el caso de la violencia de género, produciendo a su vez una incapacidad para los equipos profesionales a la hora de derivarla a algún recurso especifico de mujeres.

> *M: No **hay denuncia,** si no hay **denuncia** no se puede **actuar,** entonces al final las opciones son…*
>
> *M: Empieza**s a eliminar** y te **ves sola.***
>
> *M: Y está sola y nosotros estamos viendo **lo que va a pasar** y no podemos hacer nada.*
>
> **Centro de acogida y encuentro**

Mujeres privadas de libertad.

Según los equipos de intervención social y sanitarios, las mujeres centros penitenciarios no acceden de una manera justa a procesos judiciales como se ha señalado, están condenadas por delitos subsidiarios. Además, la falta de educación formal, a niveles generales, también hace que no tengan conocimiento sobre derechos y su no dispongan de capacidad de agencia. Según el **Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario** en su artículo 49 recoge, en el apartado de los derechos y deberes de los internos (Artículo 4. Derechos: j) *Derecho a formular peticiones y quejas ante las autoridades penitenciarias, judiciales, Defensor del Pueblo y Ministerio Fiscal, así como a dirigirse a las autoridades competentes y a utilizar los medios de*

defensa de sus derechos e intereses legítimos a que se refiere el capítulo V del Título II de este Reglamento. Algunas profesionales intentan trasmitirlas la importancia de trasladar instancias de quejas y reclamaciones. La mediación de las instancias por parte del escaso personal funcionario provoca lentitud.

> *Que es que los presos como están acostumbrados a que les quiten todos los derechos se quejan muy poco, para que se quejen tienes que estar pon una queja y pon una queja y jaleándolos un poco porque los presos en realidad no sé sienten merecedores de nada y entonces pues no se quejan.*
>
> **Personal CP de módulo de mujeres**

Las mujeres supervivientes a trata con fines de explotación sexual, presentan otro itinerario al de los otros perfiles. Su condición en ocasiones de protección internacional, hace que sus procesos de recuperación se encuentren más institucionalizados por la confidencialidad de la identidad, y los procedimientos de seguridad. En el diagnóstico sobre *las dificultades y necesidades en la atención a víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual en Bizkaia,* (Diputación Foral de Bizkaia, 2021) considera es muy importante que para poder identificar a una víctima de trata se necesita como denuncia la declaración[129]. El diagnostico afirman que la **declaración implica un alto coste emocional** el cual tiene que ser repetido hasta **3 veces**. En este mismo diagnóstico se considera se **producen un efecto embudo** entre las mujeres detectadas, identificadas y las sentencias judiciales. La identificación final como víctimas de trata pasa a considerarse prostitución coartada o un delito contra los/as trabajadores/as, por ello la sentencia judicial que es la fase final, se encuentra con escasez de sentencias condenatorias. De hecho, la pandemia y las situaciones de confinamiento han provocado la dificultad de detección de las mujeres*: las situaciones de aislamiento que han seguido a la pandemia han dificultado hasta el extremo la identificación de estas situaciones y, por lo tanto, impedido la acción en la lucha contra las mismas* (Diaconia, 2021). Se considera entonces que la situación para dar asistencia sanitaria a estas mujeres bajo estructuras de seguridad se ha postergado e incluso de ha limitado.

Durante la intervención integral con mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual es necesario trasladarlas la información y asesorarlas sobre sus derechos, en concreto **sobre los derechos de asistencia sanitaria**. La *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual* (Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, 2017), considera que se pueden dar varias situaciones que condicionan el acceso a los derechos. La primera es que la víctima **no reconozca la situación,** con lo cual requerirá de informar sobre sus

[129] Según este diagnóstico, la identificación de víctimas de trata se realiza mediante la administrativa o la identificación judicial, sin embargo, para ambas se necesita la declaración.

derechos en la asistencia sanitaria. Bajo la premisa de **la decisión informada** se la otorgará del tiempo que sea necesario para asistir a los servicios sanitarios que ella demande (Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, 2017). **Es importante garantizar la atención** durante la declaración por ello se destaca la importancia **del acompañamiento** (Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad, pág. 47)**.** Se considera además que para poder realizar una asistencia jurídica integral esta debe de ser **adaptada a su idioma.** *Derecho a la asistencia de un intérprete, así como a recibir información en un idioma que comprenda* (2017, pág. 29).

Necesidades el cumplimiento del derecho a justicia y a retribución.

El cumplimiento y alcance de este derecho en el caso de las mujeres en riesgo de exclusión social se encuentra relacionado con toda la vulneración de los derechos previa. En algunas ocasiones las barreras el acceso a la justicia son la incapacidad de acceder a itinerarios ordinarios, puesto que se encuentran en situaciones inaccesibles como la privación de liberta y la situación de sinhogar. La recuperación, resarcimiento y compensación atraviesa numerosos planos vitales, el plano físico hasta el plano emocional, pudiendo llegar a tener consecuencias en la salud sexual y reproductiva, muchas **veces irreversibles e irreparables.**

El ejercicio de los equipos de intervención social realiza una gran labor en el reconocimiento y autopercepción de los derechos, pero como hemos señalado previamente los hechos estresantes vitales durante las trayectorias vitales de estas mujeres, las producen barreras psicológicas que requieren ejercicios previos de autoconocimiento, aceptación y empoderamiento. Es importante señalar **que el derecho a denuncia y a la obtención de una justicia** requiere de este **ejercicio previo** que es la consciencia de la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivo, siendo esta situación a veces invisible e indetectable.

Alcance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en riesgo o exclusión social.

En lo que refiere a las circunstancias de las mujeres en riesgo o exclusión social que han participado en esa investigación retrata dificultades mayores y diferentes en el alcance de determinados derechos sociales y reproductivos.

Desde las instituciones sanitarias los derechos relacionados con el cumplimiento de la autonomía sexual y reproductiva como la libre decisión informada, la aplicación de perspectiva de la medicina centrada en la paciente (como la escucha activa) se observan de manera opaca el cumplimiento de los derechos.

La falta de adaptación de algunos recursos e instituciones donde se desarrollan los programas de intervención hace que

Como características principales, la ruptura con los itinerarios sanitarios, así como algunos educativos (desafiliación social) provocan gran impacto en el conocimiento, autoidentificación, acceso y atención de la salud sexual y reproductiva.

En conclusión, la falta de desarrollo de una Estrategia Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva enmarcada en la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva 2023, carece de pragmatismo y eficiencia.

Sería recomendable en el desarrollo de la futura Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, considera algunas de las barreras señadas en este informe. Es importante conocer, investigar y continuar evaluando los puntos ciegos de las leyes que dejan escorados el alcance de los derechos reproductivos y sexuales a las mujeres en riesgo de exclusión social o en exclusión social.

Son múltiples las consecuencias que conlleva las barreras en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Las consecuencias principales son las vinculadas a la salud física, en concreto con patologías vinculadas a ETS, detecciones tardías de infecciones avanzadas, imposibilidad de interrupción de embarazos por un estado avanzado y diagnósticos enfermedades con **pronósticos irreversibles**. Las experiencias de múltiples tipos de violencia, entre ellas la sexual, producen consecuencias psicológicas, como pueden ser traumas, trastornos, inicio de consumo de sustancias, intento de autolisis, baja autoestima, disminución del deseo sexual y vaginismo, entre otras, estas circunstancias tan concretas requieren de **una intervención especializada, integral y con perspectiva de género**.

En el caso de las principales consecuencias que sufren las mujeres en riesgo de exclusión o exclusión social por haberse visto limitadas al **acceso a la Sanidad Pública Nacional** es la **normalización del malestar**, que a menudo es señado por los equipos profesionales como un **malestar crónico no identificado.** Las mujeres en riesgo o en exclusión social viven procesos de **desafiliación social y cronificación de la pobreza** entre los que se circunscribe la **desvinculación con los itinerarios normalizados sanitarios**. Esta presente **falta de adhesión** a los itinerarios sanitarios normalizados impide acceder a los **programas de detección temprana**

(cáncer de mamá o VPH), la falta de diagnósticos e incluso **de diagnósticos tardíos,** puede llevar a **detección de una patología como un cáncer.**

Las consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en exclusión social ante la falta de protocolos de priorización, poco especializados en las necesidades específicas de las mujeres (como por ejemplo en estados de gestación).

Por otro lado, los procesos de **desafiliación social** producen falta de acceso a los derechos a nivel general, y en especial, a los sexuales y reproductivos, producen una **disminución de la autonomía y capacidad de agencia en cuanto a su sexualidad,** de ahí que se necesite cierto **acompañamiento en la asistencia sanitaria y social**.

Desde la **perspectiva de género e interseccional**, las vividas discriminaciones y violencias hacen que el retraso al acceso a la sanidad y asistencia sanitaria sean parte de una segunda **victimización y revictimización** para algunas de estas mujeres. Las mujeres que han participado en el estudio han podido llegar a pasar por varias instituciones por diferentes casuísticas, las cuales han vivido distintas barreras de a acceso a la sanidad. El siguiente fragmento ejemplifica las posibles trayectorias vitales de las mujeres privadas de libertad.

> *pues podemos encontrar todo esto en prisión, pues víctimas de trata, que también su delito está relacionado con la trata, muchas con problemas de adicciones y delitos relacionados con las drogas, sinhogarismo también, o sea que es un poco todo esto*
>
> **Proyecto residencial exclusivo de mujeres privadas de libertad**

> ***muchas veces hay mujeres supervivientes que tienen problemas de salud mental, problemas de adicción o otros problemas.***
>
> ***Programa de intervención a mujeres supervivientes de TFES***

En toda la investigación, los cuidados de los/as hijos/as supone una **barrera para el acceso y el mantenimiento** en los recursos y programas e intervención. La valoración de esta barrera es clave para permitir acceder a tratamiento de trastornos a las mujeres con hijos/as y sin apoyos familiares. El construir recursos específicos para mujeres hace que este tipo de circunstancias vinculadas exclusivamente por ser mujer, se tengan en cuenta a la hora de configurar.

La conciencia parcial en la salud reproductiva en etapas como la gestación, hace que deje fuera las demás etapas la salud sexual y reproductiva, además de otras pautas de prevención y detección temprana como es el **cáncer de mamá o VPH**. Además, la falta de conciencia y la falta de capacidad de agencia de las mujeres en riesgo de exclusión merma su autocuidado y autonomía.

En última estancia, la falta de acceso a derechos sexuales y reproductivo produce en sí mismo una invisibilización y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Las **estrategias en la promoción de la salud** tienden a tener presente el enfoque sexual positivo, sin embargo, no se

tienen presente cuando se habla de este derecho al placer en los colectivos en riesgo de exclusión. La **penalización social y la carencia del enfoque** del placer y la satisfacción hace que la sexualidad siga considerándose un tabú.

Análisis de los factores de riesgo y protección para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en riesgo.

Tanto los **factores de riesgo como de protección no son homogéneos entre los perfiles estudiados**, hay elementos influyentes y algunos determinantes en el impacto a la salud, en este caso a la salud sexual y reproductiva.

Tomando de referencia la recomendación de **Alfonso Ramírez de Arellano**, en su libro Gramática de la prevención de adicciones (Junta de Andalucia. , 2022, pág. 81): *La denominación de factores de riesgo y de protección obedece a que no existen factores causales que determinen por sí solos las condutas relacionadas con drogas y adicciones.* El autor señala como los elementos que se han considerado como factores de riesgos y de protección fueron establecidos por Clynton, R en su obra *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. Clynton (1992), consideraba que eran factores de protección para el uso o abuso de las drogas aquellas características vinculadas a lo social, individual y situacional; los factores de riesgo son considerados como los “inhiben, reducen o amortiguan la probabilidad de consumo de drogas” o abuso o transición en el nivel de involucramiento con las drogas” (p. 16 de Clyton en (Burkholder, Schensul, & Pino, 2007). Algunos de estos factores se encuentran relacionados con el contexto social (instituciones y recursos), familiar y redes de apoyo, y elementos individuales (actitudes y habilidades sociales).

Tomando este punto de partida se considerarán los **factores de protección y de riesgo condicionantes a la SRR** de los perfiles de las mujeres estudiadas. Este análisis se diferencia de la óptica de los determinantes de la salud en cuanto que los determinantes consideran una causalidad asegurada, como una direccionalidad clara mientras que los factores condicionantes dependen del perfil estudiado.

MUJERES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ADICTIVAS		
	FACTORES DE RIESGO	**FACTORES DE PROTECCIÓN**
CONTEXTO LEGISLATIVO[130].	➢ Aunque la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva*, reconozca la diversidad de perfiles en situación de vulnerabilidad, se sigue manteniendo un cierto estigma de instituciones y recursos sobre las mujeres con adicciones que provoca dificultades de acceso y dentro de estas además diferencias según sustancia de adicción. Estas mujeres se ven fueran de los recursos de otros tipos de asistencia social (como las de VG) por presentar consumos activos.	➢ En la *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*, recoge la importancia de proteger el acceso público a programas de salud sexual y reproductiva de manera universal y gratuidad. Además, se destaca la importancia de la atención específica: *La atención específica a las personas con algún tipo de discapacidad, a quienes se garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, garantizando y estableciendo para ellas entornos accesibles y los apoyos necesarios en función de su discapacidad.* ➢ En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2011, aparece la necesidad de tener presenta la violencia de género en

[130] El principal análisis ha sido partiendo de la 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. Mientras que por cada perfil se ha podido considerar cual es la estrategia nacional con el que estaba relacionado. En el caso de las mujeres con trastornos de conductas, se analiza la Estrategia Nacional sobre Adicciones y la Ley de

		relación con las drogas. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, pág. 53). ➢ La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, apuesta por una perspectiva de género e interseccional y múltiple. Garantizar el acceso universal entre ellas las mujeres en diferentes situaciones sociales (por ejemplo, la prostitución). En la Estrategia de Nacional sobre Adicciones, la perspectiva de género es considerada, priorizando las madres en gestación, mujeres y sus hijas/as en violencia de género (10.2.5.3.). Además, el compromiso diagnosticar precozmente las ETS/ITS (10.3.2.). En cuanto a la coordinación se comprometen a mejorar esta en el ámbito sanitario para los colectivos vulnerables (11.1.4).
CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL	➢ Recursos de abordaje de las adicciones poco focalizados en la salud sexual y reproductiva. ➢ Demanda de formación por los equipos de profesionales en cuanto a la salud sexual y menstrual. ➢ Poco abordaje de estigma y tabú de la salud menstrual.	➢ Abordaje escaso desde las instituciones (embarazos y ETS) ➢ Buena coordinación y comunicación entre las instituciones y recursos especializados en salud, así como en SSR para priorizar casos, por ejemplo CMS. ➢ Posibilidad de desvincular la atención de la adicción del lugar de residencia, facilitando el anonimato e impidiendo la estigmatización de las mujeres.

	➢ Poca dotación de anticonceptivos femeninos.	➢ Fomento mediante talleres exclusivos de mujeres del empoderamiento, autocuidado e independencia. Traslado de la importancia del mantenimiento de la salud (*la salud no es al usencia de enfermedad*) e importancia de la SSR. ➢ Recursos y grupos de adicciones diseñados específicamente para mujeres (Programa Ariadna-Fundación Atenea). ➢ Fomento de la autonomía en el reinicio de los itinerarios sanitarios por parte de los equipos de intervención social y sanitaria.
REDES DE APOYO (FAMILIA Y AMIGOS/AS)	➢ Las diferentes violencias de género, como la física, psicológica, sexual o económica merma de manera integral la salud SSR. ➢ Maternidad no elegida por obligaciones desde la pareja para tener relaciones de riesgo. ➢ La prostitución como una salida para poder mantener la adicción es una causa del empeoramiento de la SSR muchas veces vinculada a relaciones de pareja y sustento de ambos.	➢ Abordaje desde el modelo sistémico familiar. ➢ Abordaje con las parejas consumidoras con lo cual mejora la profundidad de los temas entre ellos como la salud sexual y reproductiva. ➢ El estigma genera apoyo ambivalente y a veces positivo de la familia y amigos/as. ➢ La figura del *hijos e hijas salvadores* pueden suponer un empuje para la mejora de las condiciones de vida, pero no siempre es así y puede generar mayor frustración, y en algunas ocasiones no siempre implica el abandono del consumo.

	➢ Las cargas de cuidado y el estigma y el diferencial apoyo social con los hombres producen una ralentización en la detección y recuperación de ellas.	➢ Los centros de encuentro y acogida tienen aprovisionamiento de anticonceptivos masculinos y lubricante.
PERSONALES	➢ Destacada infravaloración de la salud incluida la SSR. ➢ Desconocimiento de los itinerarios sanitarios. ➢ La salud se ve afectada por el proceso de dependencia incluida la SSR, por ejemplo, la retirada de la regla. ➢ Falta de adherencia a los tratamientos, con lo cual falta de adherencia a tratamiento anticonceptivos oral como la píldora anticonceptiva. ➢ Carencia de recursos materiales, así como económicos propios para la menstruación. ➢ Barreras al acceso de recursos de adicciones por miedo a la estigmatización especifica por ser mujer con adicción. ➢ Sentimientos de culpa y baja autoestima.	➢ Ingresos voluntarios sin obligación judicial o presión familiar en mayor medida. ➢ Una vez establecida la adherencia al recurso el proceso de recuperación tiene mayor tasa de éxito y se puede plantear algún método anticonceptivo oral. ➢ Iniciativa para tratar temas exclusivos de sexualidad sabiendo y teniendo presente las vivencias traumáticas. ➢ Creación espontanea de red de apoyo cuando se producen grupos específicos de mujeres. ➢ Difusión y divulgación de los servicios de apoyo en los grupos de mujeres.

MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD		
	FACTORES DE RIESGO	**FACTORES DE PROTECCIÓN**
CONTEXTO LEGISLATIVO.	➢ En *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* se hace referencia a la gratuidad de los productos de higiene en los centros penitenciarios, sin embargo, no se asegura la cantidad necesaria (Preámbulo II)	➢ En *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* se hace referencia a la gratuidad de los productos, Artículo 5 quater Medidas de distribución de productos de gestión menstrual :2. *Se garantizará, asimismo, el acceso gratuito de dichos productos a mujeres en riesgo de exclusión, en los centros que ofrecen servicios sociales, así como en los centros y otros lugares donde permanezcan personas privadas de libertad*. Por otro lado, se asegura la gratuidad de la anticoncepción: *Artículo 7 ter. Garantía de acceso a la anticoncepción: a distribución gratuita de métodos anticonceptivos de barrera en los servicios*

		a que se refiere el artículo 5 sexies, en los centros que ofrecen servicios sociales, en los centros residenciales dependientes de la red de servicios sociales y en los lugares donde permanezcan personas privadas de libertad.
CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL	➢ En los centros mixtos con módulos de madres se ha detectado una carencia en la dotación de servicios sanitarios como falta de asistencia médica, no tanto de servicio de enfermería donde este servicio satisface necesidades fuera de su competencia. ➢ La falta de enfoque de género en las instituciones penitenciarias mixtas, es decir los módulos de mujeres o madres en centros penitenciarios, dificultan el acceso sanitario en el interior de los centros. ➢ En los centros penitenciarios donde hay módulos de mujeres y madres no se realizan un seguimiento de los embarazos en forma y plazo. ➢ La falta de protocolos y priorización de salidas consultas sanitarias a hospitales de referencia a las mujeres gestantes en centros mixtos.	➢ Indiferentemente del centro que sea mixto o exclusivo, al inicio del ingreso existe la posibilidad de conocer el estado de salud como, por ejemplo, el estado serológico y comenzar un tratamiento una vez ingresan en el centro penitenciario, y conocer si hay embarazo. ➢ Los centros exclusivos de mujeres provocan experiencia y aprendizaje para los demás. La creación de los módulos de madres y de familias es una adaptación que tienen en cuenta la perspectiva y diseño no punitivo. ➢ Fomento del empoderamiento, autocuidado e independencia mediante talleres exclusivos de mujeres.

	➢ Exceso de salida al exterior hacia centros sanitarios a las madres gestantes. ➢ Falta de humanización en las salidas sanitarias a centros hospitalaria, como por ejemplo de aplicar grilletes a madres gestantes durante la conducción. ➢ Nulos protocolos en las salidas sanitarias cuando se da el acompañamiento de los hijos/as, llegando a impedir llevar comida) para la asistencia sanitaria. ➢ La dificultad en la comunicación con los hospitales de referencia para la asistencia sanitaria de las mujeres en centros penitenciarios con módulos de madres provoca una coordinación lenta entre instituciones. ➢ Falta de protocolos a la salida de la prisión tras el fin de la condena que permita una continuidad en los tratamientos. ➢ Carencia de dotar a la mujer que ha terminado la condena de una documentación sanitaria (informes médicos) en concreto informes diagnósticos que las permitan a ellas continuar tratamiento en el sistema público de salud. ➢ Menor número de consultas sanitarias por discriminación por género en concreto los estereotipos relacionados con las mujeres	➢ No hay tanto estigma y tabú en cuanto a la higiene y la salud menstrual puesto que la carencia de material menstrual hace que sea un tema cotidiano. ➢ Los recursos residenciales exclusivos para las mujeres permiten a la salida recuperar indicadores clave de la salud sexual como la menstruación. ➢ Fomento de la autonomía en el reinicio de los itinerarios sanitarios por parte de los equipos de intervención social.

	(*son unas pesadas)* afectando de manera directa a la asistencia sanitaria. ➢ Alimentación escasa y a veces poco adecuada durante el periodo de gestación. ➢ Carencia formación de los equipos de profesionales sanitarios en cuanto a la salud obstetricia y ginecológica. Por ello, algunos los equipos que reconocen esta carencia y demandan formación específica e integral adecuada a los contextos penitenciarios. ➢ Insuficiencia de los productos de higiene femenina así (compresas y tampones) como productos de salud maternal, como son los discos maternos o discos de reabsorción. ➢ Falta de documentación reglamentaria que permita el registro y seguimiento de las pruebas de gestación ➢ Nula dotación de productos de salud materno infantil como la carencia de calienta biberones o saca leches, así como los carritos para poder trasladar a los niños/as o. ➢ Desprotección sanitaria de las mujeres migrantes en la salida de prisión por la falta dotación de documentación administrativa y de informe médico.	

	➢ Falta de dotación de intérpretes para la consulta médica con mujeres internas que no estén capacitadas con el idioma español. ➢ Mayor penalización a las mujeres que a los hombres por las conductas sexualizadas.	
REDES DE APOYO (FAMILIA Y AMIGOS/AS)	➢ Si condena es por un delito subsidiario producido en gran parte por sus maridos. Las relaciones desiguales se mantienen en la prisión, creándose otras nuevas que también se asemejan a la desigualdad. ➢ Las diferentes violencias de género, como la física, psicológica, sexual o económica ha sido aquella ha provocado la situación de condena y posiblemente durante la estancia en prisión también lo viva. ➢ Maternidad no elegida y falta de autonomía en el esparcimiento de los/as hijos/as por negativa de la pareja a establecer métodos anticonceptivos. ➢ La prostitución en prisión como una salida para poder acceder a recursos económicos es una causa del empeoramiento de la SSR. ➢ El cuidado de los/as menores dificultad su autonomía económica, su empoderamiento y su formación académica.	➢ La violencia de género en los centros penitenciarios de mujeres es abordada mediante formaciones y cursos que hacen mejorar la detección de la violencia por parte de las mujeres internas. ➢ Detección de violencia de género por parte del funcionariado y prohibición de vis a vis si hay algún indicio de violencia de género. ➢ Los módulos de familias, mejoran la corresponsabilidad en la crianza y el apoyo mutuo. ➢ Las entidades externas apoyan en la recuperación de lazos familiares y redes sociales de apoyo una vez en libertad o tercer grado, entre lo que se incluye la relación con hijas e hijos.

		➢ Los equipos de funcionarios ejercen de apoyo a las internas en la medida que pueden ayudarlas, por ejemplo, a traducir los informes médicos.
PERSONALES	➢ Las mujeres privadas de libertad presentan una cierta infravaloración de la salud incluida la SSR hasta que no se llega a un estado de gestación o una posible infección ➢ Presentan cierto desconocimiento de los itinerarios sanitarios tanto internos como del propio sistema de salud público. ➢ Carencia de recursos materiales, económicos y residenciales suficientes para afrontar de manera digna los ciclos menstruales. ➢ Falta de formación para poder tener autonomía económica y acceder al mercado laboral.	➢ Interés por talleres sobre violencia de género y la sexualidad. ➢ Difusión y divulgación de los servicios de apoyo en los grupos de mujeres en situación de privación de libertad. ➢ Apoyo mutuo entre las mujeres privadas de libertad con menores a su cargo, sobre todo en la dotación de materiales sanitarios ante la carencia del centro penitenciario.

MUJERES EN EXCLUSIÓN RESIDENCIAL		
	FACTORES DE RIESGO	**FACTORES DE PROTECCIÓN**
CONTEXTO LEGISLATIVO.	➢ *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* no se recoge de manera específica las mujeres sin hogar y las problemáticas para poder cubrir sus necesidades en materia de salud sexual, así como reproductiva y menstrual. Se recoge la adaptación de según los contextos de vulnerabilidad.	➢ En *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*, se recoge que las mujeres y hombres en contexto de vulnerabilidad es recogido como: *Categorizar y clasificar los diferentes contextos de vulnerabilidad y vulnerabilidades por situaciones específicas, atiende única y exclusivamente a un recurso didáctico para su mejor interpretación, pero no hay que olvidar la interacción que puede producirse de las diferentes variables causantes de múltiples desigualdades en una misma persona, y desde esta perspectiva será desde donde haya que atenderlas, tanto en el diseño de las políticas y pro gramas como en la asistencia sanitaria.* ➢ En Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

		se recoge que las mujeres indiferentemente de su residual, deben de poder acceder a la píldora de urgencia. ➢ En la Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030. En la propia estrategia se recoge entre todos los objetivos, objetivos para lograr la autonomía recuperando el aspecto sanitario, objetivo 5: *Garantizar el derecho a la salud y el bienestar de las personas sin hogar especialmente a aquellas con mayor necesidad como las que requieren apoyos en materia de salud mental, adicciones, discapacidades y protección frente a la violencia de género, trata y prostitución.* ➢ Incorpora el enfoque de dar una respuesta liderada por servicios sociales entre ellos la sanidad (acceso a sistema sanitario) (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, pág. 71). Además, también incorpora la necesidad de interceder en la problemática de no tener tarjeta sanitaria.

CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL	➢ Escasez de centros exclusivos de mujeres sin hogar. ➢ Poca incorporación de la perspectiva de género en los centros mixtos. ➢ Falta de protocolos en circunstancias de violencia de género en los centros de personas sin hogar. ➢ Falta de incorporación a los recursos productos de higiene femenina, como compresas y tampones en los centros mixtos. ➢ Alejada localización de los recursos de las personas sin hogar de los centros urbanos con lo cual genera aislamiento. ➢ Escaso de personal capacitado para la aplicación de la perspectiva de género. ➢ Falta de compromiso institucional en la financiación y vida y duración de los proyectos de intervención exclusivos de mujeres en riesgo de exclusión residencial.	➢ Centro exclusivos de mujeres sin hogar dotan de espacios de intimidad y privacidad. ➢ Los centros exclusivos de mujeres sin hogar impactan de manera más eficaz en la recuperación de la percepción de seguridad sobre la integridad física de ellas. ➢ Los centros exclusivos de mujeres sin hogar pueden aportar capacidades y autonomía en la recuperación de los itinerarios sanitarios. ➢ La impartición de talleres exclusivos de mujeres provoca una cierta apertura a verbalizar las violencias sexuales. ➢ Creación de círculos de confianza y de amistad tras la impartición de los talleres. ➢ En los centros de encuentro y acogida pueden retomar los itinerarios sanitarios. ➢ Rápida derivación de los centros encuentro y acogida a centros de atención temprana para la detección rápida. ➢ En ellos centros de encuentro y acogida, aseguran la privacidad, por la dotación de instalaciones que permiten la guardar los objetos personales (taquillas), así como la

	➢ Discriminación aporofóbica en los centros de salud de atención primaria que dificulta el acceso y la asistencia médica.	correspondencia permitiendo la intimidad de las personas sin hogar entre ellas las mujeres y sus productos de higiene femenina. ➢ Fomento de la autonomía en el reinicio de los itinerarios sanitarios por parte de los equipos de intervención social.
REDES DE APOYO (FAMILIA Y AMIGOS/AS)	➢ Relaciones sociales gravemente afectada por la violencia de género las cuales dan fruto a violencia sexual y a posibles maternidades no elegidas. ➢ La sexualidad está marcada por episodios de violencia que tienen que ser trabajados de manera muy cuidada. ➢ Alta probabilidad de dependencia en las relaciones por intermediación de los trastornos adictivos, por ello se pueden dar una concatenación relaciones de parejas violentas.	➢ Apoyo entre las mujeres, en especial en los grupos de trabajo. ➢ Tener hijos/as a su cargo puede que las mujeres víctimas de violencia de género puedan tener mejor recorrido asistencial.

PERSONALES	➢ La cronificación del malestar las impide detectar el dolor de afecciones. ➢ En cuento al estado psicológico, autoestima baja y gran sentimiento de culpabilidad. ➢ Se han detectado bajas capacidades digitales para poder hacer petición de citas. ➢ En ocasiones las pautas de higiene están vinculadas a mitos y tabús que empeoran su estado de salud sexual y reproductiva.	➢ Interés por talleres sobre violencia de género y la sexualidad.

MUJERES SUPERVIVIENTES DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL		
	FACTORES DE RIESGO	**FACTORES DE PROTECCIÓN**
CONTEXTO LEGISLATIVO.	➢ En *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* no recoge como tal las víctimas de trata, pero si recoge la existencia de víctimas de explotación reproductiva, en concreto.	➢ *En 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, recoge la ampliación de la perspectiva de la garantía de los derechos considerando a todas las personas indiferentemente de su situación administrativa.* Esto es especialmente relevante puesto que las mujeres supervivientes de trata presentan problemas administrativos. ➢ El *Plan integral de lucha contra la trata con fines de explotación sexual,* reconoce la protección en el sentido sanitario.
CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL	➢ Falta de aplicabilidad en el enfoque basado en el paciente. No se presentan una validación en la comprensión por parte de las mujeres durante un tratamiento anticonceptivo.	➢ La seguridad y los protocolos establecidos por Protocolo Marco de Protección de Víctimas de Trata de Seres Humanos: la mejoran la seguridad e integridad de la mujer superviviente.

	➢ La carencia en el reinicio de los itinerarios sanitara ríos en las zonas más rurales que impacta en la atención primaria. ➢ Rotación de profesionales (por la precarización del SNS) provoca una revictimización de las mujeres supervivientes de trata que ven tienen que comunicar sus vivencias y situaciones reiteradamente. Esto puede llegar a suponer una revictimización. ➢ Dificultades en el acceso al servicio de intérpretes físico en la sanidad pública de manera ágil. Esto provoca comunicación sea lenta y se convierta en una dificultad a la hora de trasladar la información sobre los diagnósticos. ➢ Lentos procedimientos de empadronamiento que impactan en los tramites sanitarios. ➢ Escasez de plazas específicas de salud mental para las mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual. Esto provoca que se deriven a plazas de otros programas sociales los cuales no están tan adaptados.	➢ Fomento de la autonomía en el reinicio de los itinerarios sanitarios por parte de los equipos de intervención social. ➢ Los equipos de intervención social acompañan a las mujeres en su objetivo para lograr la autonomía y poder reiniciar de los itinerarios sanitarios. ➢ Los equipos profesionales de intervención social interceden en las posibles discriminaciones edadistas que puedan limitar el acceso a la pruebas o consultas médicas que están relacionadas con la SSR.

REDES DE APOYO (FAMILIA Y AMIGOS/AS)	➢ En ocasiones solo tienen a sus hijos/as como familia cercana. Los lazos con las familias de origen se han perdido.	
PERSONALES	➢ A consecuencia de la violencia sexual vivida presentan trastornos mentales que requieren atención especializada. ➢ Como consecuencia de la violencia sexual se produce una sexualización de los equipos médicos (como la figura del médico hombre) que provoca rechazo a la asistencia sanitaria. ➢ Reticencia a las relaciones formales de pareja por la experiencia previa de violencia. ➢ Pueden tener poca capacitación en el español, con lo cual presentan dificultad para comprender diagnósticos clínicos, y por ello presentar *deseabilidad social.* ➢ En ocasiones las pautas de higiene están vinculadas a mitos y tabús (lavativas) que altera el microbiota vaginal. ➢ Normalización del aborto como método anticonceptivo es una señal de carencia de educación sexual que tienen alto impacto en la salud reproductiva.	➢ Interés por talleres sobre capacitación y formación, así como aprendizaje del idioma, para poder insertarse laboralmente. ➢ En algunas ocasiones hay consciencia de la discriminación directa.

Recomendaciones basada en necesidades prácticas e interés estratégicos.

Recomendaciones primordiales detectadas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo o en exclusión social.

En el siguiente apartado se recogen algunas de las necesidades prácticas e intereses estratégicos detectadas sobre la salud sexual y reproductiva. Se desarrollan recomendaciones principales para la mejora de las condiciones de vida y de salud de las mujeres. En el apartado de recomendaciones desglosadas, se desarrollan las necesidades prácticas e interés estratégicos según los diferentes planos sociales, el plano social, institucional, red de recursos, y estrategias de intervención. En este desglose recogerá el origen y procedencia **de la necesidades e intereses estratégicos**, es decir si procede de las mujeres en riesgo o en situación de exclusión o de los equipos profesionales de intervención social y sanitaria con las mujeres en riesgo o en situación de exclusión social.

Las principales **recomendaciones transversales** que impulsan la autonomía y mejora de las condiciones de vida y de salud que transversalizan a las mujeres en riesgo o en exclusión social son:

- **1º Situar la salud sexual y reproductiva al mismo nivel que otros tipos de salud** para poder ser abordada como tipo de salud especifica con sus determinantes particulares. Valorar la salud sexual y reproductiva como uno de ámbitos de relegados o poco priorizados en algunos los programas de intervención. Esta localización de la **salud sexual y reproductiva como uno de los ámbitos de intervención social, sanitario y en específico para un abordaje específico de condiciones psicológicas**, derivadas de relaciones desiguales como la violencia de género y posibles violencias sexuales, para abordar el autoestima y autocuidado.

- **2º Aplicar la perspectiva de género** en los servicios e instituciones públicas de manera transversal e integrada en los equipos de trabajo. Esta perspectiva requiere que sea interseccional para integrarla de manera efectiva en los programas de salud y de intervención. Aunque los ciclos biológicos de las mujeres requieran determinadas pruebas médicas, no se debe excluir a petición de las propias pacientes o de los profesionales que realizan las intervenciones sociales la edad, o la dependencia, estado de salud mental.

- **3º Apoyar la creación y desarrollo de centros de exclusivos de mujeres** apoyándose en la especificidad de las condiciones y necesidades particulares de

las mujeres. De esta recomendación se desarrolla la necesidad de acondicionar y generar **espacios donde la seguridad y protección** sean percibidas como reales.

- 4º **Estudiar los criterios excluyentes** como **barreras de acceso** a los servicios sanitarios, así como a la asistencia sanitaria, los recursos sociales, los programas de intervención con el objetivo de **minimizar al máximo** el empeoramiento en la salud y la salud SRR de las mujeres.

Necesidades prácticas e intereses estratégicos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo de exclusión.

A continuación, aparecen los aspectos señalados en los diferentes ámbitos que condicionan la SSR de las mujeres en riesgo o en exclusión social:

Aspectos sociales, culturales y pedagógicos.



Las necesidades prácticas e intereses estratégicos del plano social abarcan todos los aspectos clave de discriminación tanto directa como indirecta, prejuicios, estereotipos y actitudes de rechazo que ha implicado mermar la salud de las mujeres en riesgo de exclusión social o en riesgo social se dan en todas las esferas sociales

Aspectos institucionales y de políticas públicas.



Las necesidades prácticas e intereses estratégicos del plano institucional y de las políticas públicas, se basa en conocer que debilidades se encuentran en la cobertura sanitaria, las barreras de acceso al sistema sanitario nacional, los protocolos de actuación, así como la mejora de la coordinación y comunicación entre instituciones sociales.

Aspectos de las redes de recursos, cobertura y adaptación a las necesidades de SSR.



Las necesidades prácticas e intereses estratégicos **del plano de los recursos se centran en satisfacer las necesidades relacionadas** son la SSR específicas de las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social, así como su capacidad y cobertura para cubrir las necesidades específicas, tanto materiales como inmateriales.

Aspectos concretos de las intervenciones sociales y sanitarias.



Las necesidades prácticas e intereses estratégicos **del plano intervención se focalizan en la mejora de las habilidades y capacidades de los equipos profesionales tanto sanitarios como sociales**, para asistir de manera coherente y vinculado con las trayectorias vitales de las mujeres. El fin de una mejora de la intervención social y sanitaria es promocionar autonomía y mejora de la salud en las mujeres teniendo presente el autocuidado.

Aspectos sociales, culturales y pedagógicos.

NECESIDADES PRÁCTICAS

- **Visualizar y satisfacer las necesidades específicas** de las mujeres en relación a la salud sexual, reproductiva, y en especial salud materno-infantil y menstrual de las mujeres desde las instituciones públicas, planes estatales de salud, estrategias nacionales y planes de acción y programas locales de salud comunitaria.
- Promover formaciones para sensibilizar y **evitar la discriminación** hacia las personas en riesgo de exclusión y exclusión social en la sociedad.
- Mejorar la **sensibilización del personal del ámbito sanitario** de todas las áreas y especialidades, así como recepción o equipos de seguridad para evitar la discriminación interseccional (aporofobia, clasismo y edadismo) que pueda limitar el acceso y la asistencia sanitaria.

INTERESES ESTRATÉGICOS

- Abordar desde la familia **manera integral la educación sexual y reproductiva** teniendo en cuenta el enfoque de género y enfoque positivo de la sexualidad.
- Promocionar **los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos** de todas las personas y todas sus etapas vitales.
- Ampliar la implicación en **la educación sexual y reproductiva a los equipos de intervención sociosanitaria** en las instituciones educativas para el abordaje de una educación sexual, veraz, científica y de calidad, dando así menor posibilidad a mitos y tabús que puedan impactar negativamente en la salud sexual y reproductiva.
- Promover en los planes y estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva la **desmitificación de la menstruación y los ciclos biológicos de las mujeres** para poder abordar las intervenciones sin limitaciones.

Aspectos institucionales y políticas públicas.

NECESIDADES PRÁCTICAS

- Incorporar en el **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-**2023 mecanismo para facilitar **el acceso a la atención primaria e impulsar el reinicio** de los itinerarios sanitarios y como logar la mejorar las condiciones de salud de las mujeres en riesgo o en exclusión social.
- **Rebajar la exigencia de las barreras administrativas** (barrera especifica) a las mujeres en riesgo o en exclusión social, las cuales son víctimas de robos, extravíos de su documentación de identidad de manera continuada. Implementar recursos como los Centros municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid los cuales no presentan este tipo de barreras administrativas para acceso y atención sanitaria.
- Dotar de **documentos acreditativos a la salida de los recursos** como los centros penitenciarios para poder continuar los tratamientos médicos.
- Elaborar **protocolos de atención y derivación** desde Instituciones Penitenciaras para agilizar la coordinación entre los cuerpos de seguridad del estado, los equipos profesionales médicos y sociales, tanto de dentro como de fuera de la institución, poniendo énfasis en el cumplimiento del calendario de visitas durante la gestación, las clases preparto, los pródromos del parto, cuidados postparto, lactancia y salud materno infantil.

INTERESES ESTRATÉGICOS

- **Desde las instituciones específicas de los perfiles:**
  - Incorporar en las políticas públicas tanto de trastornos adictivos, sinhogarismo o protección de supervivientes de violencias, la situación específica de las mujeres en riesgo o en exclusión social, teniendo en cuenta las trayectorias de vida atravesadas por las violencias de género. Mantener y promover programas de intervención en centros penitenciarios que empoderen (Como el *Programa es Mujer)*.
  - Incorporar las especificaciones de las necesidades de las mujeres en riesgo o exclusión social respecto a su la salud sexual, reproductiva, y en especial salud materno-infantil y menstrual de las mujeres desde las instituciones públicas, planes estatales de salud, estrategias nacionales de salud, planes de acción y programas locales de salud comunitaria.
- **Política pública de educación**
  - Promover e impulsar **políticas públicas de educación** que incorporen **mecanismos de anclaje a la educación** primaria para impedir un abandono temprano en los itinerarios educativos de las mujeres en riesgo o exclusión social.
  - Incorporar en las **políticas públicas de educación** e impedimentos para **el abandono de los itinerarios educativos no suponga una desventaja** para acceder educación sexual y lograr que las poblaciones con mayor pobreza cronificada dispongan de información relevante y eficaz en sus hábitos sanitarios.
  - Contemplar la impartición de **educación sexual y reproductiva en las instituciones educativas** desde una perspectiva integral, no sexista y con **enfoque de género y positivo de la sexualidad.**
  - Ampliar desde los planes de educación sexual y reproductiva la visión de la salud sexual y reproductiva **en todas las edades** teniendo en cuenta una visión no androcentrista, y contemplando la **diversidad funcional** (visión inclusiva).
- **Desde las instituciones sanitarias de Sistema Nacional de Salud.**
  - Asegurar la dotación de equipos profesionales para dar una cobertura integral.
  - Desde el Sistema Público Nacional de Salud, mejorar la **asistencia sanitaria del sistema nacional** de salud facilitando la presencialidad de intérpretes físicos.
  - Plantear como **principio el universalismo proporcional** desde los recursos sanitarios municipales para poder adaptar a las necesidades la asistencia sanitaria a colectivos de extrema vulnerabilidad.
  - Alcanzar en los programas de cribado preventivos (cáncer de mama) a las poblaciones más cronificadas tanto si están institucionalizadas como no.
- **Políticas locales:**
  - Desde las instituciones locales y municipales, incorporar en **los servicios comunitarios sanitarios de derivación rápida gratuitos** para la detección rápida de ETS, dispensación de píldoras de emergencia (postcoital o PREP), o para la asistencia de situaciones de extrema gravedad. (Centro Montesa o Sandoval en Madrid)
  - **Garantizar la continuidad y estabilidad financiera** de recursos sociosanitarios como los centros de pruebas rápidas de detección de ETS o embarazos.
  - Estudiar **el diseño de las de redes de recursos**, teniendo en cuenta las trayectorias, itinerancia, dificultades de movilidad, así como condiciones de vida de las mujeres en riesgo de exclusión, para facilitar su acceso para garantizar la atención y asistencia social y sanitaria.
  - Adaptar la **comunicación desde servicios sanitarios locales,** en concreto desde la medicina primaria, teniendo en cuenta las dificultades de **lectoescritura, de idioma o de brechas digitales.**
  - Elaborar **campañas de información** para dar a conocer los recursos y programas de salud comunitaria teniendo en cuenta las dificultades en el alcance de la población en exclusión social, como por ejemplo nos niveles de analfabetismo o las brechas digitales.

Aspectos de los recursos sociales, centros de asistencia sanitaria y de intervención social.

NECESIDADES PRÁCTICAS

- Creación de **recursos exclusivos de mujeres** para asegurar la protección, seguridad y bienestar mujeres durante su estancia en las instituciones de intervención social.
- Elaborar **recursos específicos de intervención social de circunstancias concretas**, por ejemplo, recursos de violencia de género con trastornos adictivos, recursos Para ello sería coherente valorar **los criterios excluyentes** que actúan de barrera para el acceso a los recursos sociales y programas de intervención como por ejemplo tener hijos/as, tener adicciones, cargas familiares, o situaciones concretas de salud mental.
- **Dotar de recursos humanos suficientes** las instituciones y recursos de intervención social para asegurar la atención integral de las mujeres en riesgo o exclusión social.
- Establecer **protocolos de seguridad para salvaguardar la integridad física** de las mujeres en los recursos mixtos que son supervivientes de violencia de género y una posible revictimización.
- Desarrollar **protocolos** que solventen las necesidades de las mujeres en situación de gestación y lactancia.
- Asegurar la suficiente cantidad y calidad de los productos de higiene menstrual, sexual, de lactancia y productos materno infantiles para evitar futuras infecciones y enfermedades en los recursos, centros, e instituciones públicas que tengan relación con mujeres en circunstancias de vulnerabilidad.
- **Relajar las medidas y protocolos de seguridad** teniendo en cuenta las condiciones de salud sexual y reproductivas de las mujeres, como los estados de gestación, por ejemplo, esposar durante el traslado a los centros médicos o durante la asistencia ginecológica.

INTERESES ESTRATÉGICOS

- **En los recursos sociales y centros de asistencia e intervención social.**
  - Intentar mediar en las **barreras de acceso** por cuestiones de género, teniendo especial atención a las madres, las posibles VG'S, los (auto) estigmas y las situaciones de coacción.
  - Elaborar **programas de prevención focalizados** en la salud sexual y reproductiva de adaptada a las capacidades y circunstancias de las mujeres, como la escasa capacidad lectoescritura o de interpretación idiomática
  - Adaptar los **recursos materiales y productos de higiene menstrual**, sexual, de lactancia y productos materno-infantiles, ante alergias o **cantidades de sangrado** durante la menstruación.
  - Incorporar los necesarios y suficientes equipos de trabajo de intervención social, los profesionales de las áreas de trabajo social, educación social e integración social para lograr **una atención integral** y multidisciplinar.
  - Integrar en los equipos de profesionales de intervención a profesionales de las ramas sociosanitarias como psicología, enfermería y medicina, en concreto de ginecología y obstetricia.
  - Revisar la **trazabilidad de la información** de dentro del recurso y entre los recursos para conocer si hay elementos de la privacidad e intimidad que son susceptibles de verse revelados sin automación de las personas.
  - Dar a conocer **por parte de las FFCCS** de protocolos de actuación y comunicación en casos de violencia de género a los equipos de intervención de recursos sociales, para mejorar la seguridad e integridad de la vida de las mujeres durante su estancia en los recursos.
- **En los centros de asistencia sanitaria (centros de atención primaria y especializada).**
  - Promover la **figura de intérpretes** en la atención médica y asegurar su asistencia presencial en los recursos y centros de atención a colectivos en riesgo o exclusión social.
  - Valorar los **recursos móviles** para mejorar la detección de comunidades en riesgo y así impulsar el reinicio de los itinerarios sanitarios y alcance de los tratamientos sanitarios.
  - Elaborar **planes de sensibilización y comunicación adaptadas** desde las instituciones sanitarias para las mujeres en riesgo y exclusión social. Tener en cuenta las limitaciones de lectoescritura y la desafiliación social.
- **Entre las instituciones sociales y sanitarias.**
  - Entre instituciones sociales y sanitarias, elaborar un **plan de coordinación para mejorar la agilidad en la comunicación,** creando canales de comunicación específicos y evitar lentitud de las consultas, derivaciones, tratamientos sanitarios.
  - Disponer de un teléfono unificado las derivaciones de las mujeres que se encuentran en estados de gestación en los recursos de intervención social.
  - Crear **protocolos de urgencia** desde los recursos de intervención social y sanidad para no empeorar las condiciones de salud (tener presente las distancias de recursos).
  - Elaborar **protocolos de salida de los recursos** que aseguren la derivación correcta a centros sanitarios para mantener la atención sanitaria, y así no abocar al abandono de los tratamientos y la posible adherencia creada en el propio recurso.
  - Dotar a las mujeres de **informes médicos desde las instituciones**, (como en los centros penitenciarios) que habiliten la continuidad de los tratamientos en medicina primaria y así evitar la paralización de los tratamientos como los del VIH.

Aspectos de las estrategias de intervención social y sanitarias.

NECESIDADES PRÁCTICAS

- Tener presente las barreras de lectoescritura y apoyar la implementación de mecanismos para alcanzar la información sanitaria. Por ejemplo, apoyar con elementos pictográficos (como dibujos).
- Asegurar **el acompañamiento de las mujeres** en riesgo de exclusión cuando ellas lo soliciten, por ejemplo, para asistir a una consulta médica.
- Mejorar la comunicación entre **los programas de intervención existentes en los recursos e instituciones** que pueden aumentar la autonomía y empoderamiento de las mujeres focalizado en la salud sexual y reproductiva.
- Sensibilizar a los equipos profesionales sanitarios sobre las condiciones y trayectorias vitales de las mujeres en riesgo de exclusión o en exclusión social.

INTERESES ESTRATÉGICOS

- **En los centros de asistencia sanitaria (centros de atención primaria y especializada).**
  - Implementar formación en salud sexual y reproductiva del personal de **intervención sanitaria y social** con perspectiva de género y con **un enfoque positivo** de la sexualidad.
  - Promover la **escucha activa** en los equipos sanitarios para evitar los comportamientos alejados del enfoque basado en la paciente, como la violencia obstétrica.
  - Promover y asegurar la recepción de información sobre la salud como diagnósticos de manera correcta durante las consultas **sanitarias** (intervenciones, asistencias sanitarias, cirugías y posibles tratamientos fertilidad o anticoncepción).
  - Comprobar la comprensión del consentimiento informado, teniendo en cuenta las dificultades de lectoescritura como la incomprensión del idioma y diversidad funcional.
- **Recursos sociales y centros de intervención social.**
  - Mejorar **la accesibilidad de los recursos materiales y de atención sanitaria** en los centros donde se desarrollan los programas de intervención social y sanitarias.
  - Mejorar la atención ginecología teniendo en cuenta posibles violencias sexuales vividas y no provocar el abandono del itinerario sanitario, en concreto el ginecológico.
  - Desde el ámbito sanitario, asegurar la **mirada centrada en la paciente promoviendo la autonomía en la toma de decisiones informadas** alejada del paternalismo entorno a su salud sexual y reproductiva.
  - Se requiere formar a los equipos de intervención **un protocolo de tratamiento de datos** para salvaguardar los datos personales y privados relacionados con la intimidad, sexualidad y estado de salud reproductiva sexual y menstrual.
  - Eliminar **sesgos sexistas** en el acceso a cursos y talleres de capacitación y autonomía (centros penitenciarios).

Bibliografía

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) . (s.f.). *Derechos sexuales.* Obtenido de https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/derechos_sexuales/

Abogacia Española. (13 de julio de 2016). *Mujeres con hijos en prisión: una difícil realidad*. Obtenido de https://www.abogacia.es/publicaciones/blogs/blog-derecho-penitenciario/mujeres-con-hijos-en-prision-una-dificil-realidad/#:~:text=Estos%20datos%20explican%20que%20la,Wad%2DRas%2C%20en%20Barcelona.

(2017). *Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_Protocolo_Comun_VG_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf

Amas de Casa Castellanas y de Madrid, HOACF y varias Comisiones y Vocalías de la Mujer de distintos lugares del Estado Español. (20 de febrero de 1975). Resoluciones y conclusiones de las I jornadas por la liberación de la mujer. Obtenido de https://s3.eu-west-3.amazonaws.com/webpte/Documentos/Mujeres/I+Jornadas+por+la+liberaci%C3%B3n+de+la+Mujer/RESOLUCIONES+Y+CONCLUSIONES+DE+LAS+I+JORNADAS+POR+LA+LIBERACION+DE+LA+MUJER.pdf

Amezúa, E. (1979). la sexología como ciencia: Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano. *Iª Semana de estudios sexológicos de Euskadi.* Vitoria del 9 al 14 de abril 1979. Recuperado el 9 al 14 de abril de 1979, de http://www.sexologiaysociedad.com/_CONCEPTOS/La_sexologia_como_ciencia.htm

Arranz Sanz, A. (23 de abril de 2023). Parir con dignidad. *Abogacia Española*. Obtenido de https://www.abogacia.es/publicaciones/blogs/blog-derecho-penitenciario/parir-con-dignidad/

Asamblea General Naciones Unidas. (2011). *Resolución 65/234.* Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/GA%20sp.pdf

Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo. (agosto de 2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico*(9), 8. Obtenido de https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf

Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2020). *Informe sobre la situación de las mujeres presas.* Tratamiento y derechos de las mujeres privadas de libertad en los centros penitenciarios de España y Andalucía., Área de Cárceles de la APDHA. Obtenido de https://apdha.org/media/Informe-APDHA-situacion-mujer-presa-web.pdf

Asociación Progestión. (diciembre de 2023). Guía para mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de adicciones. Obtenido de https://progestion.org/wp-content/uploads/2024/01/guia-para-mujeres-supervivientes-2.pdf

Ayuntamiento de Gijón. (1982). Primer Congreso de Planificación Familiar. Gijón: Comisión Gestora Nacional de Planificación Familiar.

Ayuntamiento de Gijón. (2020). *Información tecnica del programa entre mujeres.* Obtenido de https://www.gijon.es/sites/default/files/inline-files/Informaci%C3%B3n%20tecnica%20del%20programa%20entre%20mujeres.pdf

BOE . (s.f.). *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.* Núm. 340. Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-17264

BOE. (20 de julio de 1981). Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. *Ley*. Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-16216

BOE. (1996). *Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.* Obtenido de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307

Boletín Ofical del Estado. (15 de diciembre de 1973). *Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre*. Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-1715

Boletín Oficial del Estado. (1985). Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138

Boletín Oficial del Estado. (4 de marzo de 2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.* Obtenido de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514

Boletín Oficial del Estado. (1 de marzo de 2022). *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.* Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5364

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina.* Éditions du Seuil .

Burkholder, G., Schensul, J., & Pino, R. (enero de 2007). Risk and Protective Factors for Drug Use Among Polydrug-Using Urban Youth and Young Adults. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/254939170_Risk_and_Protective_Factors_for_Drug_Use_Among_Polydrug-Using_Urban_Youth_and_Young_Adults

Canal Extremadura. (21 de novimebre de 2022). *Visitamos el economato de la prisión de Cáceres | Informe Extremadura*. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=6FRZc5XxU9I

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (22 de marzo de 2021). *PEP (profilaxis posexposición)*. Obtenido de https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/pep.html

CIS. (2008). Estudio 2738 actitudes y prácticas sexuales. Obtenido de https://datos.gob.es/gl/catalogo/ea0022266-1883barometro-de-septiembre-1990

CIS. (20 de enero de 2023). *Estudio 3393 Encuesta sobre cuestiones de actualidad: la violencia sexual contra las mujeres*. Obtenido de https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14690

Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. (2017). *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_Protocolo_Comun_VG_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf

Comisión Europea . (21 de junio de 2021). *Puesta en marcha de la Plataforma Europea para Combatir el Sinhogarismo.* Obtenido de https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/es/ip_21_3044/IP_21_3044_ES.pdf

Consejo de Europa. (2005). *Convenio sobre Lucha contra la trata de seres humanos.* Obtenido de https://www.idhc.org/img/butlletins/files/ConveniodeConsejoEuropaTrata%281%29.pdf

Consejo de Europa. (s.f.). *Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.idhc.org/img/butlletins/files/ConveniodeConsejoEuropaTrata%281%29.pdf

Consejo de la UE. (5 de diciembre de 2023). *Conclusiones del Consejo sobre las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas que se producen conjuntamente con otros trastornos de salud mental.* Obtenido de https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-16112-2023-INIT/es/pdf

Consejo de la Unión Europea. Secretaria General. (s.f.). *Plan de acción de la ue sobre drogas 2021-2025.* Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2021_Plan_Accion_UE_sobre_Drogas_2021_2025.pdf

Consejo General del Poder Judicial. (2011). *Protocolo marco de protección de las víctimas de trata de seres humanos.* Obtenido de https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Relaciones_institucionales/Convenios/Protocolo_marco_de_proteccion_de_las_victimas_de_trata_de_seres_humanos

Control. (2017). *Barometro "Jovenes y el sexo" 6º Edición.* Obtenido de https://www.saludsexualparatodos.es/2018/01/02/barometro-de-control-2017-los-jovenes-y-el-sexo/

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas. (2016). *Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, todas.* Obtenido de https://www.feministas.org/IMG/pdf/informe_coordinadora_feminista.pdf

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Obtenido de https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf

Defensor del pueblo. (2021). Visita al Centro de Menores Concepción Arenal (A Coruña). Obtenido de https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/visita-al-centro-de-menores-concepcion-arenal-a-coruna/

Defensor del pueblo. (2023). *Informe anual 2022. Volumen I .* Obtenido de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/03/Defensor-del-Pueblo-Informe-anual-2022.pdf

Defensor del Pueblo Andaluz. (2006). *Mujeres privadas de libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía.* Obtenido de https://www.defensordelpuebloandaluz.es/mujeres-privadas-de-libertad-en-centros-penitenciarios-de-andalucia

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2022). *Boletín estadistico Violencai de Género.* Obtenido de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/docs/BEA_2022.pdf

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Las necesidades de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual desde la perspectiva de las entidades especializadas y profesionales involucrados.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Obtenido de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/Apoyando_Victimas_Trata.htm

Delgado Blanco, A. (03 de febrero de 2017). El Enfoque de las capacidades. Algunos elementos para su análisis. *27*(2). Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/122/12252818012/html/

Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad. (s.f.). *Diagnostico dificultades y necesidades en la atención a víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual en bizkaia.* Bizkaia. Obtenido de https://www.bizkaia.eus/documents/880299/7139949/DIAGNOSTICO+cast.pdf/2ca5ce46-2853-cab6-c5fc-2e76cb2de178?t=1632391798524

Diaconia. (2021). *Estudio: el impacto de la pandemia de la Covid-19 en las víctimas de trata con fines de explotación sexual en España.*

Diputación Foral de Bizkaia. (2021). *Las dificultades y necesidades en la atención a víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual en Bizkaia,.* Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad. Obtenido de https://www.bizkaia.eus/documents/880299/7139949/DIAGNOSTICO+cast.pdf/2ca5ce46-2853-cab6-c5fc-2e76cb2de178?t=1632391798524

Directiva 2011/36/UE Relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo. (5 de abril de 2011). Obtenido de https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0036

Encuesta europea de salud en España. (2020). Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

Equipo “Equidad y Salud Menstrual'. (2023). *2 de cada 10 mujeres ha tenido dificultades económicas para comprar productos para la menstruación.* Obtenido de

https://www.idiapjgol.org/index.php/es/actualidad/noticias/1396-estudio-equidad-y-salud-menstrual

Eres VIHDA . (s.f.). *Mitos y realidades sobre el VIH.* Obtenido de https://www.eresvihda.es/que-es-el-vih/mitos-y-realidades-sobre-el-vih/

FACIAM. (2018). *Datos Destacados Del IX Recuento De Personas Sin Hogar – Madrid 2018.* Obtenido de https://faciam.org/2019/04/11/ix-recuento-de-personas-sin-hogar-en-madrid-2018-datos-destacados/

Fad Juventud. (30 de noviembre de 2023). *La mitad de los y las jóvenes españoles dice no haber recibido educación sexual ni de su familia ni en su centro educativo*. Obtenido de https://fad.es/sin-categoria/la-mitad-de-los-y-las-jovenes-espanoles-dice-no-haber-recibido-educacion-sexual-ni-de-su-familia-ni-en-su-centro-educativo/

Federación de Asociaciones de Padres y Madres de Alumn@s de Aragon. (2010). La educación sexual en las aulas saca insuficiente. Obtenido de https://fapar.org/web/la-educacin-sexual-en-las-aulas-saca-insuficiente/

Fernández Raigada, R. I. (2018). Prostitución y trata con fines de explotación sexual: una visión desde la Enfermería Comunitaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria , 11*(1). Obtenido de https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1935/RIdEC-v10-n2-jun2018-nov2018%20-%20Originales%206.pdf

Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2022). Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8529998/#

Funcionario de prisiones. (s.f.). *Economato*. Obtenido de https://funcionarioprisiones.com/economato/

Fundación Atenea. (s.f.). *Programa Ariadna*. Obtenido de https://fundacionatenea.org/privacion-de-libertad/#:~:text=Ariadna-,Ariadna,unos%20objetivos%20de%20tratamiento%20biopsicosociales.

Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea. (2016). *Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución.* Obtenido de https://www.fundacioncruzblanca.org/sites/default/files/archivonot5544.pdf

Fundación EMET Arco Iris. (2020). Tratamiento de mujeres con adicciones y otras patologías en Comunidad Terapéutica: el porqué de un tratamiento específico

para mujeres. *Revista española de drogodependencias*, 64-72. Obtenido de https://www.aesed.com/upload/files/v45n2_5_fundacionarcoiris.pdf

Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). (2023). 2 de cada 10 mujeres ha tenido dificultades económicas para comprar productos para la menstruación. *Noticia*. Obtenido de https://www.idiapjgol.org/index.php/es/actualidad/noticias/1396-estudio-equidad-y-salud-menstrual

Fundación Salud y Comunidad. (5 de marzo de 2017). *Cultura de la violación*. Obtenido de https://www.drogasgenero.info/la-cultura-la-violacion/

Fuster-RuizdeApodaca , MJ; Prats, C. (2022). *Evolución de las Creencias y Actitudes de la Población Española hacia las Personas con el VIH desde 2008 hasta 2021.* Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PACTOSOCIAL/docs/Informe_Creencias_y_Actitudes_2021.pdf

Gahete Muñoz, S. (2017). *Por un feminismo radical y marxista. El Colectivo Feminista de Madrid en el contexto de la Transición española (1976-1980).* Madrid: Univesidad Complutense. Obtenido de https://eprints.ucm.es/id/eprint/48188/1/T40067.pdf

Gahete Muñoz, S. (1 de 12 de 2022). «Sexualidad no es maternidad». Sexualidad, anticoncepción y aborto en el movimiento feminista español (1976-1983). *Investigaciones Históricas. Época Moderna y Contemporánea*(42), 1261-1288. Obtenido de https://revistas.uva.es/index.php/invehisto/article/view/6975

Gamarra, U. (s.f.). *La virginidad como constructo social*. Obtenido de https://www.santamandanga.com/freebies-sexo-gratis/articulos-educacion-sexual/virginidad-constructo-social

García Vita, M. d. (2016). *Redes de apoyo y entornos sociofamiliares en mujeres reclusas: Análisis de las relaciones con las drogas, el acompañamiento en prisión y los procesos hacia la reinserción social.* Universidad de Granada, Granada. Obtenido de https://digibug.ugr.es/handle/10481/43513

Género, D. d. (2013). *Directrices para la Detección de Victimas de Trata.* Obtenido de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/detectarla/pdf/ManualDirectricesDeteccionTSH.pdf

Gómez Cobo, N. (2019). *El papel de la Enfermería en la trata de mujeres con fines de explotación sexual.* Universidad de Cantabria. Obtenido de

https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16485/GomezCoboNatalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González Antó, G., & Serrano Fuster, I. (diciembre de 2017). 30 años de historia… y seguimos. *Dialogos*, 9-13. Obtenido de https://sedra-fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/Di%C3%A1logos-110.pdf

González Dariasa, A., & Escuriet Peiró, R. (2022). Necesidad de cambio en el modelo de atención obstétrica en España, ¿estamos preparados? *Enfermeria Materno Infantil, 32*(S1). Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-necesidad-cambio-el-modelo-atencion-S1130862122000341

Guzmán Martínez , G., Pujal i Llombart, M., Mora Malo, E., & García Dauder , D. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco:un análisis histórico-crítico. *Salud colectiva, 17*(0), 1-16. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7889682

INE. (2003). *Encuesta de salud y hábitos sexuales. Año 2003*. Obtenido de https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p455/a2003/p02/&file=pcaxis

INE. (2017). *Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Población de 15 y más años.* Obtenido de https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p05/l0/&file=05009.px

INE. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2017.* Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

INE. (2018). Encuesta de Fecundidad. Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002

INE. (2022). *Encuesta a las Personas sin Hogar .* Obtenido de https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf

INE. (s.f.). Tasa de mortalidad materna por comunidad autónoma, edad y periodo. Obtenido de https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46686&L=0

Injuve. (junio de 2003). Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de Estudios de Juventud*(69), 30-48. Obtenido de https://www.injuve.es/sites/default/files/revista69_articulo2.pdf

INJUVE. (2019). La salud afectivo-sexual de la juventud en España. *Revista de Estudios de Juventud 123.*, 260. Obtenido de https://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/revista-de-estudios-de-juventud-123-la-salud-afectivo-sexual-de-la-juventud-en-espana

Instituto de Adicciones. (2017). *Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género.* Plan Nacional sobre Drogras. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_ProtocoloViolenciaGeneroCAD.pdf

Instituto de las Mujeres. (julio de 2022). 2022 La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación. Obtenido de https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/La_sexualidad_de_las_mujeres_jovenes.pdf

Jefatura del Estado. (2022). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.* Obtenido de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760

Junta de Andalucia. . (2022). *Gramática de la prevención de adicciones.* Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucia. Obtenido de https://n9.cl/om00o

Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Pamplona. (23 de junio de 2023). JVP Pamplona, 23/06/2023. DERECHOS FUNDAMENTALES (DERECHO A LA LIBERTAD SEXUAL. OBJETOS PROHIBIDOS. SATISFYER) . Pamplona. Obtenido de https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2023/08/AUTO-SATISFAYER.pdf

London School of Hygiene & Tropical Medicine. (2003). *The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents.* London. Obtenido de https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2015/10/Health-Risks-and-Consequences-of-Traffic-in-Europe-Zimmerman-2003.pdf

Martín, M. (2022). IIº Foro de Debate: “mujeres frente a la pandemia. mirada de género para una respuesta feminista”. *Episodio 3*. (I. d.-B. Madrid, Ed.) Madrid. Obtenido de https://mujeresfrentealapademia.files.wordpress.com/2022/06/podcast-foro2-episodio3-salud-integral-transcripcion.pdf

Martínez Domínguez , L. M., Porto Pedrosa, L., Del obre Ayala , K. R., Muñoz Guitar, M., & Sansón Bejarano, G. (s.f.). *Menores y contenidos sexuales en internet.* Universidad Carlos III. Obtenido de https://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Resumen-Ejecutivo-1.pdf

Martinez Redondo, P. (2020). ¿Por qué las mujeres con problemas de adicción abandonan el tratamiento? *Pikara*.

Mazarrasa Alvear, L., & Gil Tarragato, S. (2017). *Salud sexual y reproductiva.* Ministerio de Sanidad. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

MedlinePlus. (s.f.). *Personas sin hogar y la salud.* Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/homelessnessandhealth.html

Migallón Lopezosa, P., & Voria, A. (2007). *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad.* Instituto de la Mujer y Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid (España): Instituto de la Mujer.Ministerio de Igualdad. Obtenido de https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/SerieSalud/PrivadasLibertad.pdf

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (6 de febrero de 2023). *Resolución de 20 de enero de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinho.* Obtenido de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-3092

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (s.f.). *Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030.*

Ministerio de Igualdad. (2023). *Víctimas de violencia de género en prisión.* Fundación para la investigación aplicada en delincuencia y seguridad. Obtenido de https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/Informe-VIctimas-de-violencia-de-genero-en-prision-1.pdf

Ministerio de la presidencia.Relaciones con las cortes e igualdad. (2018). *Guía de Recursos Existentes para la Atención a Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual.* Obtenido de https://bienestaryproteccioninfantil.es/anexo-4-guia-de-recursos-existentes-para-la-atencion-a-victimas-de-trata-con-fines-de-explotacion-sexual_datos-2018-corresponde-al-protocolo-marco-de-proteccion-de-las-victimas-de-trata-de-seres-hu/

Ministerio de Sanidad. (2017). *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual.* Anexo al protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el sistema nacional de salud (SNS). Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Ane

xo_TRATA_al_Protocolo_Comun_VG_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf

Ministerio de Sanidad. (noviembre de 2021). Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de atención primaria del sistema nacional de salud. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion_Primaria.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Pública.* Ministerio de Sanidad. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). *Sistema de información de programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP).* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Informe_SIPrEP_nov_19_mayo_23.pdf

Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Programa de cribado de cáncer de cérvix.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/cervix.htm

Ministerio de Sanidad, C. y. (2020). Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del Estudio HBSC en España. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/edicionesAnteriores/estudiosComparativos/2002_2006_2010_2014_2018.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (18 de junio de 2019). *Estrategia de Salud Sexual (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS) Plan Operativo 2019-2020.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Informe de resultados sobre detección precoz de cáncer de la Encuesta Nacional de Salud de España, 2017.* Obtenido de

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/home.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Estudio hbsc-2018 sobre conducta sexual.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/HBSC2018_ConductaSexual.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. . (2015). *Guía de Recursos Existentes para la Atención a Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual.* Obtenido de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/queHacer/protocolo/pdf/RESUMENGUIAWEBMAPASMARZO2015.pdf

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género.* Instituto de la Mujer.

Ministerio del Interior . (2019). Mujeres en prisiones españolas. *Revista de Estudios Penintenciarios*, 37-50. Obtenido de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/revista-de-estudios-penitenciarios/Revista_de_estudios_penitenciarios_extra_2019_126150491.pdf

Ministerio del Interior. (2019). *Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento para el empoderamiento de mujeres en prisión: Programa Sermujer.es.* Instituciones penitenciarias. Documentos penintenciario. Obtenido de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Evaluacion_de_la_eficacia_de_un_programa_tratamiento_empoderamiento_mujer_prision_SerMujer_126190502_w.p

Ministerio del Interior. (2022). *Informe General 2021.* Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Obtenido de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/informe-general/Informe_General_IIPP_2021_12615039X.pdf

Ministerio del interior. . (s.f.). *Situación en España.* Obtenido de https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/trata/situacion-en-espana/#_ftnref1

Ministerio del Interior. (2010). Protocolo de actuación en materia de seguridad. Obtenido de https://boletintokata.files.wordpress.com/2010/04/protocolo-de-actuacion-en-materia-de-seguridad-marzo-2010.pdf

Molina Sánchez, C., & Fernández-Baz , O. (2018). *Los procesos de inclusión social desde la perspectiva de género: Mujeres y exclusión residencial. Más allá del sinhogarismo.* Fundación Atenea.

Murguialday, C. (2006). *Intereses y necesidades de género.* (D. d. Humanitaria, Editor) Obtenido de https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/112.html

Murguialday, Clara ; Diccionario de Acción Humanitaria. (s.f.). *Intereses y necesidades de género.* Obtenido de https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/112

Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Es-FINAL.pdf

Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Obtenido de https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. (2019). *Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles.* Obtenido de https://www.svcontracepcion.es/wp-content/uploads/2019/10/estudio-contracepcion-2019.pdf

Oficina Mundial sobre trata de Personas 2022. (2022). *Informe mundial sobre trata de personas 2022.Hallazgos clave.* Obtenido de

https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Publicaciones/Crimen/GLOTiP_Executive_Report_Final_Esp.pdf

Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe.* Obtenido de https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4019

OMS. (1974). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana:formación de profesionales de la salud.* Serie de informes técnicos ; no. 572. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (1979). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/alma-ata

OMS. (2004). *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.* Suiza. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (2007). *Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.* Ginebra: OMS. Obtenido de https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-07.7

OMS. (23 de agosto de 2018). *Género y Salud* . Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Los%20determinantes%20de%20la%20salud,salud%20y%20de%20b%C3%BAsqueda%20de

OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.* Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf

OMS. (5 de octubre de 2023). Cobertura sanitaria universal (CSU). Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

OMS. (2023). *Mortalidad materna*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

OMS. (s.f.). *Salud Sexual*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_3

ONU. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Obtenido de https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

ONU. (2000). *Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.* Obtenido de https://www.unodc.org/pdf/crime/a_res_55/res5525s.pdf

ONU. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.* Ginebra, Nueva York. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FAQsp.pdf

ONU. (2007). *Manual para la lucha contra la trata de personas.* Viena. Obtenido de https://www.unodc.org/pdf/Trafficking_toolkit_Spanish.pdf

ONU. (16 de marzo de 2011). *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok).* Obtenido de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf

ONU. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos.* Obtenido de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

ONU. (10 de diciembre de 2020). *Principales expertas/os en derechos humanos piden la implementación atrasada de las Reglas de Bangkok de la ONU, una década después de su adopción.* Obtenido de https://violenceagainstchildren.un.org/es/news/principales-expertasos-en-derechos-humanos-piden-la-implementaci%C3%B3n-atrasada-de-las-reglas-de

ONU-HABITAD. (2020). *La Nueva Agenda Urbana.* Nairobi. Obtenido de https://onuhabitat.org.mx/index.php/nueva-agenda-urbana

ONU-HABITAT. (2010). *El derecho a una vivienda adecuada.* Ginebra. Obtenido de https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf

OPS - OMS. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para al acción. (pág. 64). Antigua Guatemala,Guatemala: OMS. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PAHO. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.* Guatemala.

Penal Reform International. (2020). *Women in prison: mental health and well-being – a guide for prison staff.* London: Prision Reform Trust.

Plan Nacional de Drogas. (2022). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 1995-2022*. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm

Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias.* Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf

(2022). *plan operativo para la protección de los derechos humanos de mujeres y niñas víctimas de trata, explotación sexual y mujeres en contextos de prostitución (2022 – 2026) "plan camino" .* Dlegación del gobierno contra la violencia de género., Secretaría de estado de igualdad y contra la violencia de género. Obtenido de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/normativaProtocolo/pdf/Plan_CaminoDEF19092022.pdf

R.A.E. (s.f.). *Confidencialidad.* Obtenido de https://dle.rae.es/confidencial

R.A.E. (s.f.). *Intimidad.* Obtenido de https://dle.rae.es/intimidad

R.A.E. (s.f.). *Privacidad .* Obtenido de https://dle.rae.es/privacidad

RAE. (s.f.). *Maleficencia.* Obtenido de https://dle.rae.es/maleficencia

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2021). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España.* Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/homeITS.htm

Revista de Estudios Penitenciarios. (2005). La maternidad en prisión:. *251*. Obtenido de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-

descargables/publicaciones-periodicas/revista-de-estudios-penitenciarios/Revista_de_estudios_penitenciarios_251_2005.pdf

RIOD. (2018). *La Reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas.* Obtenido de https://riod.org/guiareducciondedanos/

Romero Bachiller, C. (19 de octubre de 2015). Poenencia Interseccionalidad y Feminismo. (F. UChile, Ed.) Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=8MIoz5VDIm4&t=2094s

Ruffa, B., & Chejter, S. (2010). *Violencia de Género y Salud Sexual y Reproductiva.* Centro de encuentros Cultura y Mujer. Obtenido de https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1332.pdf

Ruiz de Viñaspre Hernández, R. (25 de septiembre de 1978). inicio y consolidación del centro de planificación familiar de logroño (1980-1990). Obtenido de https://hosting.sec.es/Memorias_Master/Salud_Publica/RuizVinaspre_LaRioja.pdf

Save The Children. (2019). *Informe Desinformación sexual: pornografia y adolescencia.* Obtenido de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-11/Informe_Desinformacion_sexual-Pornografia_y_adolescencia.pdf

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2022). *Instrucción I-09-2022 Perspectiva de género en la prevención de suicidios en el ámbito penitenciario.* . Obtenido de https://apfp.es/wp-content/uploads/2022/11/APFP-INFORMA.-I-9-2022-Perspectiva-Genero-PS.pdf

SEDRA. (2018). *Carta de presentación.* Obtenido de https://sedra-fpfe.org/wp-content/uploads/2018/11/CARTA-DERECHOS-SEXUALES-FPFE-compressed.pdf

Segovia de Arana, O. (2000). Asistencia sanitaria y seguridad social en España. *Papeles y memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*(8), 14-25. Obtenido de https://web.archive.org/web/20190424214953/http://www.racmyp.es/R/racmyp//docs/anales/A77/A77-30.pdf

Suarez Cuba, M. Á. (2012). Medicina Centrada en el Paciente. *Revista Médica La Paz*(1). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011#:~:text=El%20enfoque%20biom%C3%A9dico%20conven

cional%20ignora,no%20comprenden%20totalmente%20la%20informaci%C3%B3n.

Ubrich, T. (2023). *Non take-up o desaprovechamiento de los derechos: la brecha entre las prestaciones sociales sobre el papel y en la práctica.* Caritas Diocesana. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://documentacionsocial.es/13/documentacion/non-take-up-o-desaprovechamiento-de-los-derechos-la-brecha-entre-las-prestaciones-sociales-sobre-el-papel-y-en-la-practica/?print=pdf

UNAD. (4 de marzo de 2021). *Adicciones y Sinhogarismo.* Obtenido de https://www.unad.org/biblioteca/otras-publicaciones-de-unad/338/adicciones-y-sinhogarismo/

UNAD. (2022). *Perfil de las adicciones.* Obtenido de https://www.unad.org/investigacion/perfil-de-las-adicciones/

UNAD. (2022). *Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva.* Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Obtenido de https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676366563_2023_01_16_estudio_prisiones_version_digital.pdf

UNAD. (2023). *Protocolo de detección implícita de violencia de género en mujeres con adicciones.* Obtenido de https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/1687770776_protocolo_def.pdf

UNFPA. (s.f.). *Informe Anual 2022: Un año de extremos*. Obtenido de https://www.unfpa.org/es/annual-report

Unión Europea. (24 de marzo de 2021). *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025.* Obtenido de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Y-2021-70034

Velasco Juez , M. C., Caño Aguilar, Á., & Martín de las Heras, S. (2020). *Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo.* Ministerio de economia y competitividad, Madrid. Obtenido de https://www.saludglobaldsr.org/wp-content/uploads/2020/06/Guia_actuacion_violencia_embarazo.pdf

Viveros Vigoya, M. (octubre de 2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista, 52*, 1-17. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603

Women's Health & Self Help Movement. (s.f.). Obtenido de https://womenshealthinwomenshands.com/

World Sexual Health. (1997). *Declaración de los derechos sexuales.* Obtenido de https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

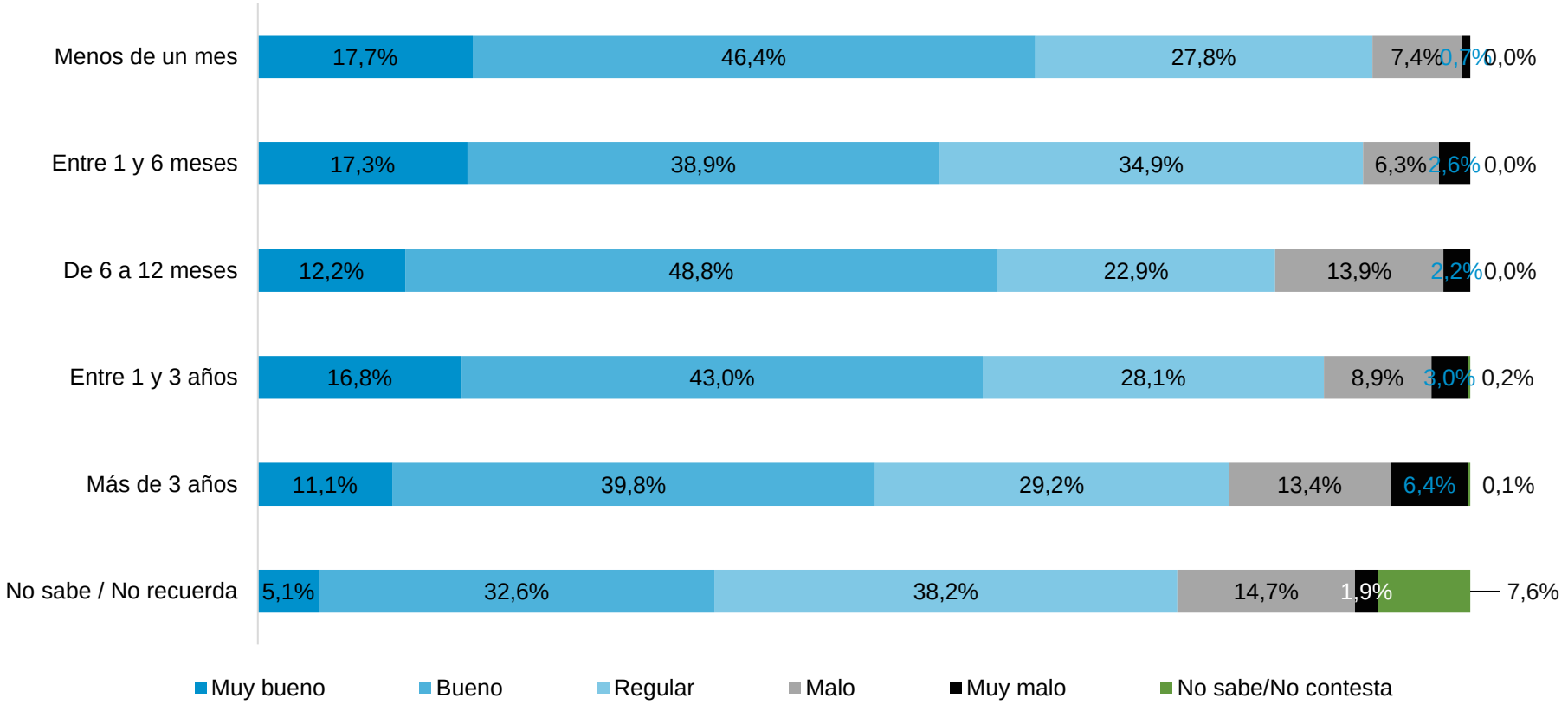
World Sexual Health. (2021). *Declaración sobre el placer sexual.* Obtenido de https://bit.ly/3SAznS5

Yagüe Olmos, C., & Cabello Vázquez, M. I. (enero de 2005). Mujeres jóvenes en prisión. *Revista De Eestudios De Juventud*(69). Obtenido de https://www.injuve.es/sites/default/files/revista69_articulo2.pdf

Anexo Estadístico

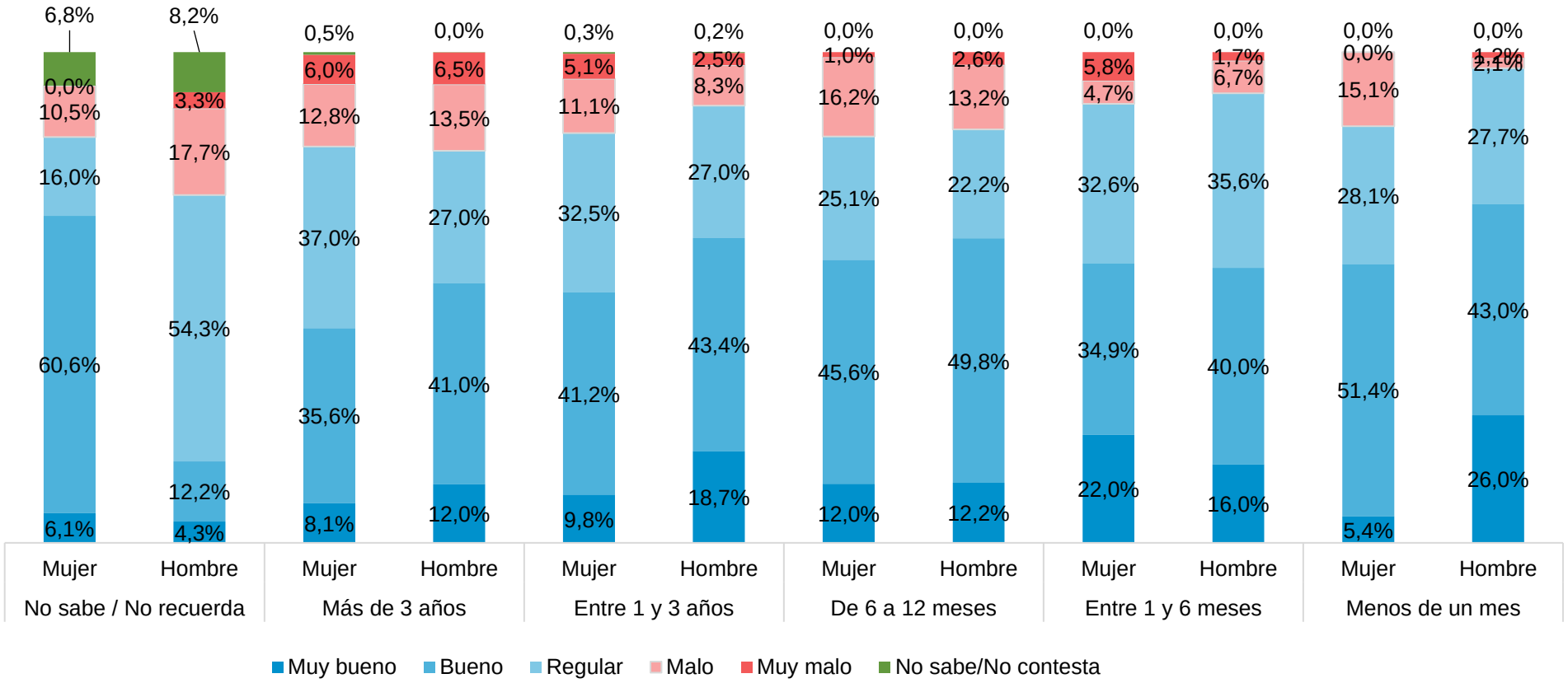
Encuesta de Personas Sin Hogar. INE

Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio

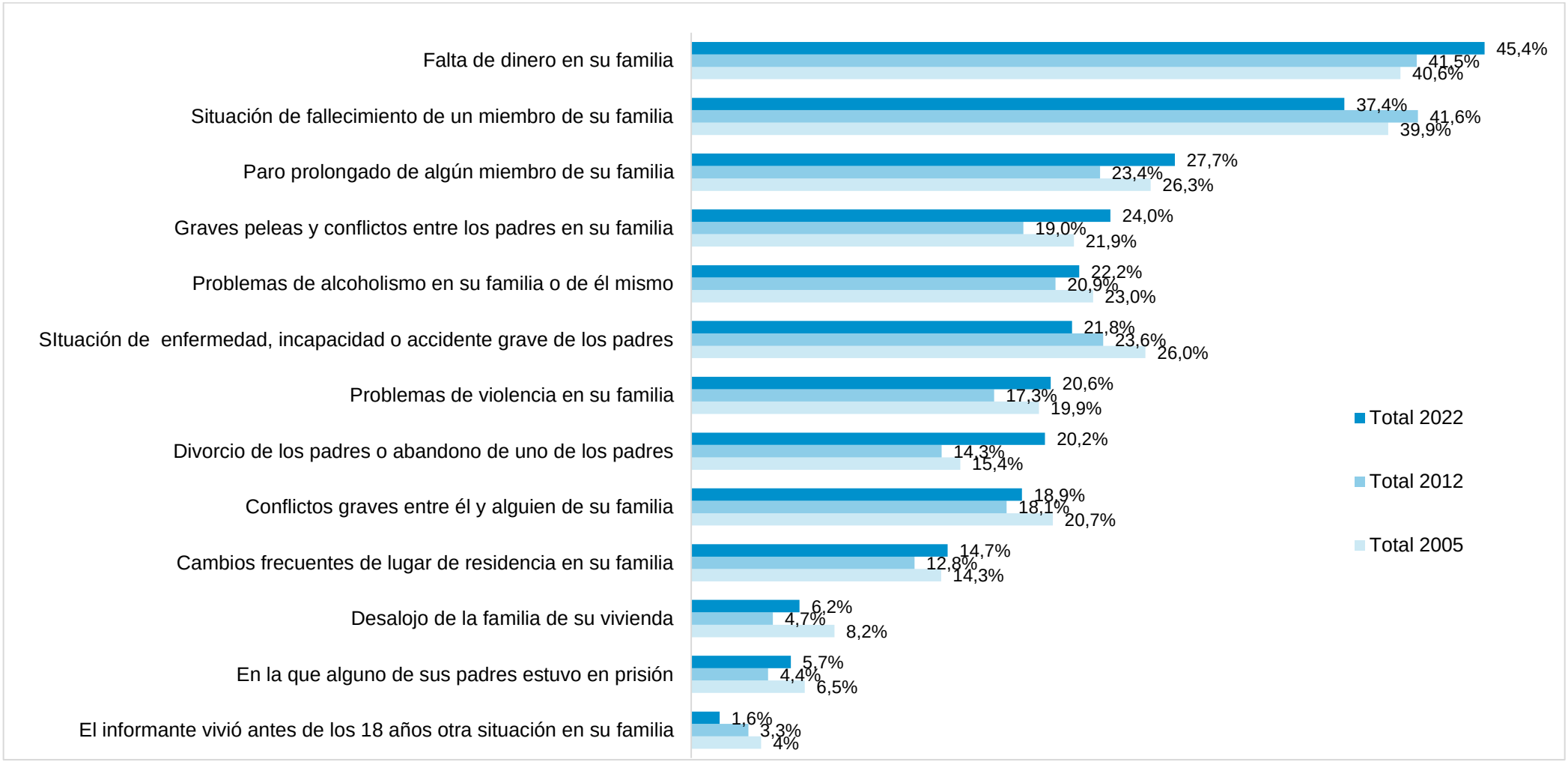


Elaboración propia.

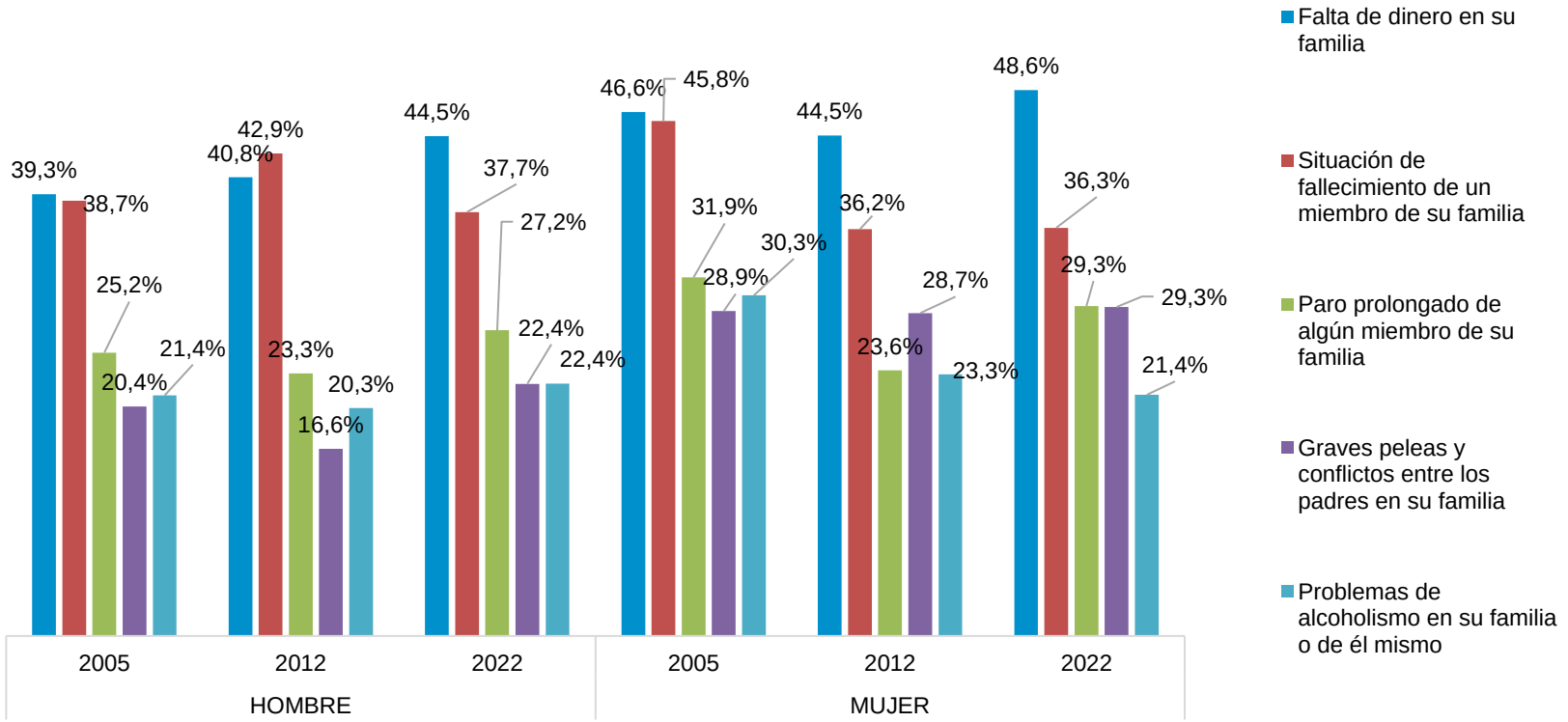
Percepción del estado de salud según el tiempo de estancia fuera del alojamiento propio por género. 2022

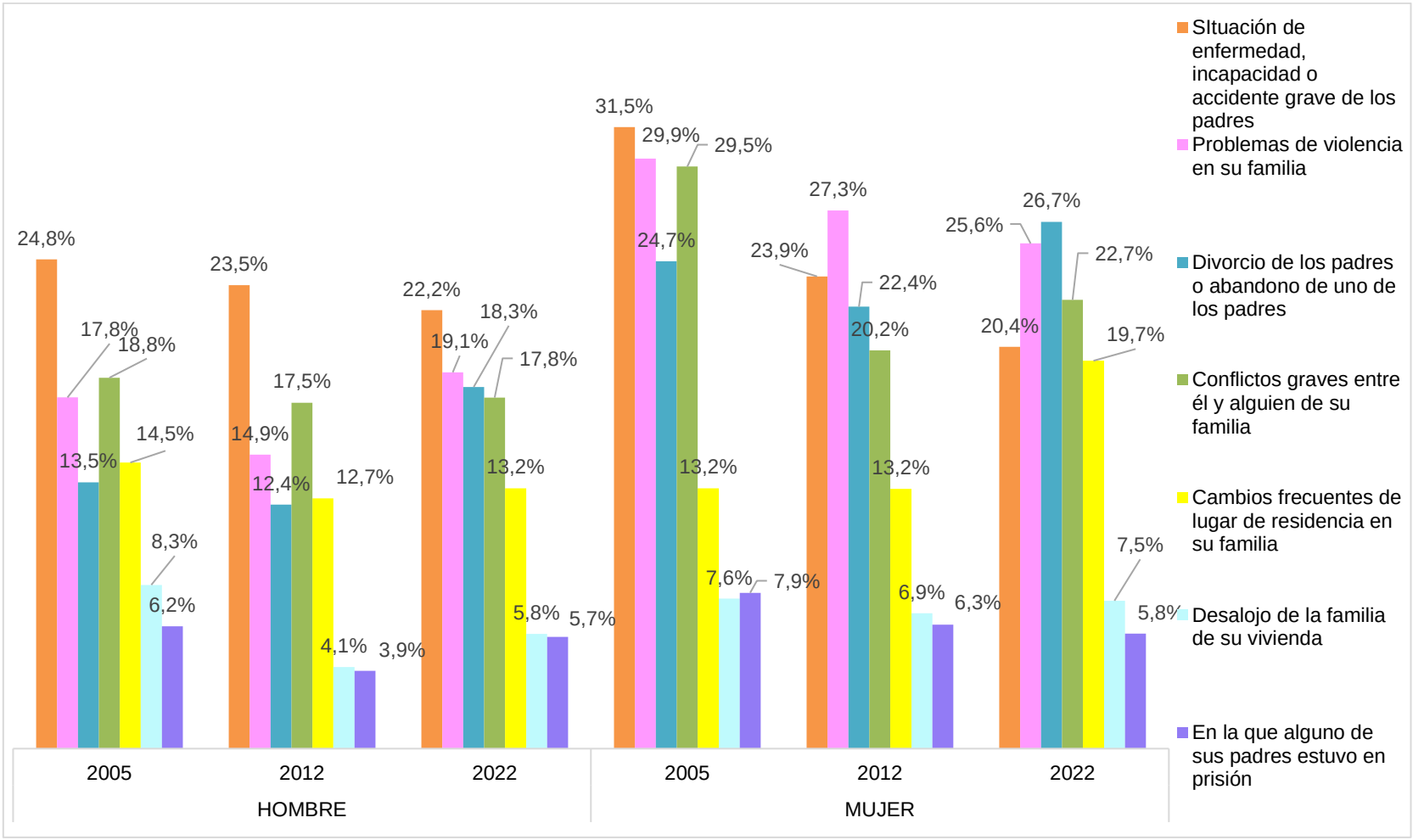


Situaciones familiares antes de los 18 años. Evolutivo de 2005-2012-2022



Situaciones familiares antes de los 18 años por género.




SItuación de enfermedad, incapacidad o accidente grave de los padres
Problemas de violencia en su familia
Divorcio de los padres o abandono de uno de los padres
Conflictos graves entre él y alguien de su familia
Cambios frecuentes de lugar de residencia en su familia
Desalojo de la familia de su vivienda
En la que alguno de sus padres estuvo en prisión
24,8%
17,8%
13,5%
18,8%
14,5%
8,3%
6,2%
23,5%
14,9%
12,4%
17,5%
12,7%
4,1%
3,9%
22,2%
19,1%
18,3%
17,8%
13,2%
5,8%
5,7%
31,5%
29,9%
24,7%
29,5%
13,2%
7,6%
7,9%
23,9%
27,3%
22,4%
20,2%
13,2%
6,9%
6,3%
25,6%
20,4%
26,7%
22,7%
19,7%
7,5%
5,8%
2005
2012
2022
HOMBRE
2005
2012
2022
MUJER