

Mujer, Salud y Derecho

Marta León Alonso*

“El que quisiere tener salud en el cuerpo, procure tenerla en el alma”

Francisco de Quevedo

SUMARIO: 1. El marco jurídico constitucional. 2. El desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud de las mujeres. Breve referencia a los derechos reproductivos y sexuales en el ordenamiento jurídico español. 3. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y sus repercusiones en el derecho a la protección de la salud de las mujeres. Anexo. Bibliografía.

1. El marco jurídico constitucional

La salud como derecho se ha incorporado de manera tardía a los textos constitucionales, y ello a pesar de la importancia que tiene para el desarrollo de la persona. La razón principal de esta demora se encuentra en su inclusión en la categoría de los denominados por la doctrina *derechos sociales*. Estos adquirieron carta de naturaleza sólo a partir de la finalización de la II Guerra Mundial, cuando la cláusula del Estado social se une a la del Estado democrático de Derecho y se positiviza en las Constituciones contemporáneas.¹

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad o dolencia. Se trata de un concepto amplio y dinámico cuya apertura semántica permite su actualización a medida que, por un lado, avanza el estado de

* Profesora asociada de Derecho Constitucional de la Universidad de Salamanca.

¹ Sobre el proceso de gestación del Estado social y su constitucionalización, véase por todos GARCÍA PELAYO, M., *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Ed. Alianza, Madrid, 1977.

la ciencia y, por otro, se reinterpretan los conceptos de vida, integridad personal y dignidad humana.

La Constitución española de 1978 (CE), en sintonía con otras constituciones del entorno europeo más cercano,² ha recogido esta idea de salud. En nuestra Carta Magna, además de reconocer la vertiente prestacional de este derecho, a través del mandato dirigido a los poderes públicos de procurar un sistema que garantice la asistencia sanitaria (artículo 43 CE), consagra la salud como una libertad individual en conexión con el derecho a la vida y con el derecho a la integridad personal (artículo 15 CE).

Tanto las Cortes Generales como los Parlamentos autonómicos han procedido, en el ámbito de sus respectivas competencias, al desarrollo de cada uno de los aspectos de este complejo derecho. El resultado de la intervención de los legisladores estatal y autonómicos es un ingente conjunto de normas que desde el Derecho civil, penal, administrativo y laboral se ocupan de dar cumplimiento al mandato constitucional de proteger la salud, que se traduce en la obligación de crear las condiciones necesarias para el mejor disfrute de este bien en sus distintas manifestaciones.

Aunque entre los estudiosos del Derecho constitucional esta materia no haya suscitado mucho interés debido, principalmente, a la ubicación del derecho a la protección de la salud en el denotado Capítulo III del Título I de la CE dedicado a

² Por ejemplo, la Constitución de la República italiana que entró en vigor el 1 de enero de 1948 en su artículo 32 establece que: “La República protegerá la salud como derecho fundamental del individuo e interés básico de la colectividad y garantizará asistencia gratuita a los indigentes. Nadie podrá ser obligado a sufrir un tratamiento sanitario determinado, a no ser por disposición de una ley. La ley no podrá en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana”.

O la Constitución portuguesa de 1976 que dedica un extenso artículo 64 a regular la materia en los siguientes términos: “1. Todos tendrán derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla. 2. Se hará efectivo el derecho a la protección de la salud por la creación de un servicio nacional de sanidad universal, general y gratuito, por la creación de condiciones económicas, sociales y culturales que garanticen la protección de la infancia, de la juventud y de la ancianidad y por la mejora sistemática de las condiciones de vida y de trabajo, así como por la promoción de la cultura física y deportiva, escolar y popular y también por el desarrollo de la educación sanitaria del pueblo. 3. Incumbe prioritariamente al Estado, con el fin de asegurar el derecho a la protección de la salud: a) garantizar el acceso de todos los ciudadanos, cualquiera que sea su condición económica, a los ciudadanos de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación; b) garantizar una racional y eficaz cobertura del país desde el punto de vista médico y hospitalario; c) orientar su actuación hacia la socialización de la medicina y de los sectores médico-farmacéuticos; d) disciplinar y controlar las formas empresariales y privadas de la medicina, articulándolas con el servicio nacional de la salud; e) disciplinar y controlar la producción, la comercialización y el uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos y otros medios de tratamiento y diagnóstico.”

los *principios rectores de la política social y económica*, sin embargo, no hay que olvidar que su fundamento como derecho individual se encuentra en la Constitución española de 1978, en una serie de reglas y principios que son la base de su tutela, tanto constitucional como ordinaria.

Basta una rápida ojeada a nuestra Norma Fundamental para comprobar las muchas referencias directas e indirectas que el constituyente hace a la salud. Con carácter general, y de manera explícita, se proclama el derecho a la protección de la salud (artículo 43.1º CE) y se establece la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43.2º CE). Así mismo, el fomento de la educación sanitaria, como medida preventiva para asegurar un buen estado de salud, se convierte en una tarea más de los poderes públicos (artículo 43.3º CE).

Por otro lado, el constituyente se ha encargado de proteger la salud de grupos de ciudadanos cuyas características especiales los hacen más vulnerables y, por tanto, merecedores de una tutela reforzada. En este sentido, la protección integral de los hijos y de las madres, que se consagra en el artículo 39.2º CE, incluye la atención sanitaria. También los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales se beneficiarán, conforme a la previsión del artículo 49 CE, de las políticas públicas de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración. El Estado, según el tenor literal del citado precepto, procurará que se les preste la atención especializada que requieran y les amparará especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos. Existe otro sector de la ciudadanía, cada vez más numeroso, cuya salud ha pasado a ser prioritaria en las políticas sanitarias nos estamos refiriendo a la llamada tercera edad. Los problemas específicos que plantea la salud de la tercera edad serán atendidos mediante un sistema adecuado de servicios sociales (artículo 50 CE). Por último, la Constitución hace una referencia expresa a la salud de los consumidores y usuarios que será garantizada por los poderes públicos (artículo 51.1º CE).

El aspecto organizativo e institucional en torno a la salud se encuentra, igualmente, presente en la Constitución de 1978. Son dos las instituciones que, a través de sus servicios y prestaciones, amparan la salud de los ciudadanos. Nos estamos refiriendo al sistema de Seguridad Social (artículo 41 CE) y al Sistema Nacional de Salud cuya existencia se deriva de la lectura del artículo 43.2º CE.

La estructura descentralizada del Estado español, enunciada en el artículo 2 CE y desarrollada en el Título VIII CE, también afecta a la cuestión que nos ocupa, de manera que en el citado Título se destinan varios preceptos a regular la difícil y no siempre pacífica distribución de competencias en materia sanitaria entre el

Estado y las Comunidades Autónomas (artículo 148.1º.20ª y 21ª, 149.1º.1ª, 149.1º.16ª y 17ª CE).

Por último, como ya hemos apuntado más arriba, existe una estrecha vinculación entre la salud y otros bienes jurídicos constitucionalmente protegidos. Nos estamos refiriendo a la vida, a la integridad física y moral (artículo 15 CE) y al medioambiente (artículo 45 CE).

Como se puede observar a partir de esta sucinta exposición, excepto la referencia que se hace a la protección integral de las madres en el artículo 39.2º CE,³ no encontramos en la Constitución ninguna norma en materia de salud que se haya elaborado desde la perspectiva de género. Como ha puesto de manifiesto la profesora BALAGUER CALLEJÓN la Constitución española ha ignorado en su proceso de elaboración una consideración específica del género.⁴ Y ello a pesar de la presencia de mujeres en las Cortes Constituyentes.⁵ Esto ha supuesto, como señala BALAGUER CALLEJÓN, que la desigualdad de género en la Constitución se recondujese a la genérica interdicción de la desigualdad.⁶

Así es, además del reconocimiento expreso de un amplísimo catálogo de derechos y libertades, entre ellos el derecho a la protección de la salud, y de un sistema de garantías destinadas a asegurar su eficacia y protección, los constituyentes de 1978, conscientes de la importancia que la igualdad tenía para el nuevo Estado social y democrático de Derecho, le dedicaron varios preceptos de la nueva Constitución. Porque, como ha señalado la profesora FIGUERUELO BURRIEZA, lo que caracteriza a la Constitución como forma de ordenación jurídica del poder es el principio de igualdad.⁷

³ En cumplimiento del artículo 39.2º CE, se redacta el artículo 26 de la Ley 31/1995, del 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en el que se introducen una serie de medidas destinadas a proteger la salud de la madre gestante, precepto que se ha visto ampliamente modificado a raíz de la aprobación Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

⁴ BALAGUER CALLEJÓN, Mª L., "Mujer y derechos constitucionales. La construcción jurídica del género", en FREIXES SANJUÁN, T. y SEVILLA MERINO, J., *Género, Constitución y Estatutos de Autonomía*, INAP, Madrid, 2005, p. 237.

⁵ En concreto, 21 Diputadas y 6 Senadoras cuyo perfil se describe en la obra colectiva dirigida y coordinada por la profesora de Derecho Constitucional SEVILLA, Julia, *Las mujeres parlamentarias en la legislatura constituyente*, Madrid, 2007.

⁶ Vid. BALAGUER CALLEJÓN, Mª L., "Mujer y derechos constitucionales. La construcción jurídica del género", *Op. Cit.*, p. 239.

⁷ Vid. FIGUERUELO BURRIEZA, A., "El discurso jurídico: la mujer en la Constitución española", en FIGUERUELO BURRIEZA, A., *et al.*, *Las mujeres en la Constitución europea. Estudios multidisciplinares de género*, Ediciones Universidad de Salamanca, CEMUSA, Salamanca, 2005, p. 16.

Una rápida lectura del Texto de 1978 pone de manifiesto cómo de igualdad se habla en varias partes y bajo distintas denominaciones. Así, nada más comenzar, la Constitución en su artículo 1.1º consagra la igualdad como *valor superior* del ordenamiento jurídico. En el mismo Título Preliminar, en el artículo 9.2º, se incluye la igualdad material como un *mandato de actuación* dirigido a los poderes públicos que deberán promover las condiciones para que la igualdad sea efectiva y remover los obstáculos que impidan su plenitud. En el párrafo 3º del artículo 9 se prohíbe la arbitrariedad en la actuación de los poderes públicos, que en conexión con los demás preceptos citados, configura la igualdad como un *principio delimitador* de la actividad pública. Como pórtico del catálogo de derechos, en el Título I CE, la igualdad se consagra en el artículo 14 como un *derecho* de todos ante ley. En el artículo 23.2º CE se prevé el acceso *en condiciones de igualdad* a las funciones y cargos públicos. La *igualdad jurídica* se proclama también en el artículo 32 CE con relación al matrimonio. En las relaciones laborales, el derecho al trabajo se reconoce como un derecho de todos cuyo ejercicio debe guiarse por el principio de igualdad que prohíbe cualquier trato discriminatorio por razón de sexo (artículo 35.1º CE). En el Título VIII de la Constitución se prohíbe que los Estatutos de Autonomía puedan introducir privilegios económicos o sociales (artículo 138.2º CE); así mismo, en el artículo 139.1º CE se proclama el *principio de igualdad de trato* en el marco del Estado autonómico: los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado. En pro de la igualdad en todo el territorio, se atribuye como competencia exclusiva del Estado, en el artículo 149.1º.1ª CE, la regulación de las condiciones básicas que garanticen la *igualdad* de todos los españoles *en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*.

De todas estas referencias nos interesa destacar la proclamación que se hace en el artículo 9.2º de la igualdad como un mandato de actuación dirigido a los poderes públicos. Este precepto, junto con el artículo 9.1º CE, donde se establece el carácter vinculante de la propia Constitución, y en conexión con el artículo 43 CE aseguran el disfrute efectivo del derecho a la protección de la salud.

En efecto, la eficacia y la garantía de los derechos constitucionalizados se deriva del *carácter normativo* que se atribuye a las constituciones contemporáneas.⁸ En este sentido, la Constitución española de 1978 no es una mera declaración de principios o un texto donde se recoja un ideario político, sino que se trata de una auténtica norma que contiene derechos y obligaciones para los poderes públicos y para toda la ciudadanía. La salud se convierte, por lo tanto, en objeto de relaciones jurídicas públicas y privadas.

⁸ Sobre el valor normativo de la Constitución, véase por todos GARCÍA DE ENTERRÍA, E., *La Constitución como norma y el Tribunal Constitucional*, Ed. Civitas, Madrid, 1981.

2. El desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud de las mujeres. Breve referencia a los derechos reproductivos y sexuales en el ordenamiento jurídico español

Centrándonos exclusivamente en el mandato constitucional dirigido a los poderes públicos, éstos tienen el deber de procurar todos los medios materiales para que el disfrute de la salud sea efectivo. Ahora bien, al ser la salud un atributo inherente a la persona, las actuaciones que se lleven a cabo, principalmente por el legislador, han de tener en cuenta las diferencias existentes entre la mujer y el varón.

En efecto, tal y como se afirma textualmente en la revista *The Journal of the American Medical Association*:

La fisiología, o funcionamiento del cuerpo, es diferente entre sexos. El sexo, la constitución biológica de cada individuo (basada en sus genes y cromosomas), es diferente del género, que es el modo en que la sociedad y cada cultura particular perciben el papel del varón y de la mujer. Además de un funcionamiento diferente del cuerpo masculino y femenino, varones y mujeres afrontan de forma distinta sus necesidades de asistencia sanitaria.⁹

Por lo tanto, si los problemas de salud de las mujeres y los varones son diferentes, también ha de serlo la respuesta que dé el ordenamiento jurídico.¹⁰

En este sentido, la aplicación y el desarrollo de los mandatos constitucionales en materia de tutela de la salud de las mujeres merecen, a nuestro juicio, una valoración positiva. En primer lugar, porque a raíz de la aprobación de la Constitución de 1978, el legislador ordinario acometió la tarea de adecuar el ordenamiento jurídico existente a los nuevos principios y valores de nuestra Carta Magna. Todas las normas, y también las sanitarias, se tenían que adaptar con el fin no sólo de alcanzar el objetivo de la igualdad material, sino también para atender las necesidades emergentes. Para ello se amplió el ámbito subjetivo y objetivo del derecho a la asistencia sanitaria, permitiendo que la mayoría de la población accediese en condiciones de igualdad a un catálogo de prestaciones y servicios cada vez más amplio. Con esta finalidad se aprobó la Ley General de Sanidad en 1986 impulsada por el entonces Ministro de Sanidad Ernest Lluch Martín.

⁹ En *The Journal of the American Medical Association*, núm. 4, 2003, <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/289/4/510/DC1/1>.

¹⁰ Según los datos facilitados por la Encuesta Nacional de Salud elaborada por el Instituto Nacional de Estadística correspondiente al segundo semestre de 2006 los hombres presentan un estado de salud subjetiva mejor que las mujeres. De hecho, el 74% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 63,6% de las mujeres. Estos datos pueden consultarse en <http://www.ine.es/>.

A partir de ese momento la asistencia sanitaria se extenderá progresivamente, no sólo a todas aquellas personas que detenten la nacionalidad española, sino también a aquellas que se encuentren en España en una situación de regularidad, conforme a la normativa aplicable en cada caso concreto. Nos interesa destacar en este punto, y con relación a la ampliación del ámbito subjetivo, cómo el fenómeno de la inmigración femenina es tenido en cuenta por el legislador. La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social ha previsto en artículo 12.4º bajo la rúbrica *derecho a la asistencia sanitaria*, que las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto, con independencia de cuál sea su situación desde el punto de vista administrativo.

Además de las reformas legales, sobre todo en materia de Seguridad Social y asistencia sanitaria que se realizaron en las primeras décadas de democracia, el legislador tuvo que afrontar, en el segundo lugar, la regulación del estatuto jurídico de los *derechos reproductivos* y *derechos sexuales de las mujeres*. Estos derechos, que no aparecen recogidos expresamente como tales en la Constitución, forman parte de la categoría los *nuovi diritti* así denominados por el jurista italiano MODUGNO.¹¹

Esta omisión del constituyente se podría solucionar, como propone DURÁN FEBRER, reformando la Carta Magna e incluyendo en ella los derechos de género. Estos, dice textualmente la autora, “no son medidas de acción positiva, sino derechos cuyo reconocimiento es necesario con el objetivo de alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres. Las acciones positivas pretenden facilitar la igualdad de oportunidades (igualdad de salida), mientras que el objetivo de los derechos de género es una sociedad igualitaria (igualdad de llegada)”.¹² En este sentido, propone incorporar al artículo 43 CE el derecho de la mujer a decidir sobre su sexualidad y reproducción.¹³

Llama la atención, como tampoco a nivel internacional existe ninguna norma jurídicamente vinculante en la que aparezcan estos derechos. Como señala María ELÓSEGUI, los primeros textos en los que se recoge el término de derechos reproductivos son los documentos de las Conferencias internacionales de la

¹¹ Cfr. MODUGNO, F., *I “nuovi diritti” nella giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli Editore, Torino, 1995.

¹² Vid. DURÁN FEBRER, M., “La constitucionalización de los derechos de género”, en FREIXES SANJUÁN, T. y SEVILLA MERINO, J., *Género, Constitución y Estatutos de Autonomía*, INAP, Madrid, 2005, p. 285.

¹³ *Ibidem*, p. 286.

Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1994 y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995. Aunque no sean normas legales, sin embargo, como destaca ELÓSEGUI, sí contribuyen a crear cierta opinión, a propiciar un cambio de mentalidad que acaba traducándose en un cambio legal.¹⁴

Mientras llega la necesaria reforma constitucional, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres encuentran su encaje en el texto de 1978 en conexión con otros derechos, principalmente con el *derecho a la vida*, el *derecho a la integridad personal* -física y mental- y el *derecho a la protección de la salud* en su doble vertiente: como derecho prestacional y como libertad individual. Se trata de derechos subjetivos, estrechamente vinculados con la dignidad personal, cuyo contenido viene determinado por la jurisprudencia constitucional y la legislación ordinaria.

Por su íntima conexión con algunos de los principales derechos fundamentales del Título I de la CE, a nuestro juicio son derechos reproductivos y sexuales que las mujeres deberían de gozar, aunque no siempre ha sido así, de las mayores garantías que se han previsto en el artículo 53 CE: tendrían eficacia directa y vincularían a todos los poderes públicos y al resto de la ciudadanía (en conexión con el artículo 9.1º CE); el legislador, que debe de respetar su contenido esencial, puede acometer su desarrollo sólo mediante Ley Orgánica, que necesita para ser aprobada el acuerdo de la mayoría absoluta de los votos en el Congreso (artículo 81.2º); por último, además del control de constitucionalidad mediante el recurso de inconstitucionalidad (artículo 161.1º.a CE), la vulneración de alguno de estos derechos daría lugar a la utilización del recurso de amparo (artículo 53.2 CE).

En cuanto a su contenido, bajo la genérica denominación de *derechos reproductivos* y *derechos sexuales de las mujeres* se incluyen la libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud, el derecho a la salud reproductiva y a la maternidad, la libertad para decidir o no la procreación y para acceder o no a servicios de atención a la salud sexual, reproductiva o a medios anticonceptivos.¹⁵

¹⁴ Vid. ELÓSEGUI ITXASO, M., "Los derechos reproductivos: un término de origen anglosajón", *Diez temas de género: hombre y mujer ante los derechos reproductivos*, Ediciones internacionales universitarias, Madrid, 2002, p. 132.

¹⁵ El XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia en 1997 aprobó la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Esta Declaración fue Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología celebrado en Hong Kong. En este texto se dice que "la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las

Como se puede observar, estos derechos tienen una estructura compleja, ya que por un lado incluyen libertades de hacer, un *agere licere*, que se manifiesta en el ejercicio efectivo de una serie de facultades sobre el propio cuerpo y la sexualidad personal¹⁶ y, por otro lado, comprenden un derecho prestacional que exige la

estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos". Entre los derechos sexuales la Asociación Mundial de Sexología incluye los siguientes:

El derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.

El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual individual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

El derecho a la privacidad sexual: este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.

El derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.

El derecho al placer sexual: el placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

El derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

El derecho a llevar a cabo opciones reproductivas, libres y responsables: abarca el derecho para decidir sobre tener hijos o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho de acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

El derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.

El derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

El derecho al cuidado de la salud sexual: el cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

¹⁶ El Estado tiene la obligación de garantizar el libre ejercicio de estos derechos. En este sentido, además de la tipificación en el Código Penal de una serie de conductas delictivas que atentan contra la libertad sexual y la integridad física, ha sido necesaria la adopción de otras medidas ante la llegada a nuestro país de mujeres procedentes de otras culturas. Entre esas medidas tenemos que destacar la aprobación de Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato inhumano y degradante incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. En esta línea se inscribe la presente Ley

intervención de los poderes públicos en forma de prestaciones médicosanitarias para garantizar la salud sexual y reproductiva en el marco del Estado social. Ambas vertientes han sido desarrolladas por la legislación ordinaria.

Curiosamente, la legislación estatal no ha utilizado hasta la fecha la denominación de *derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. Habrá que acudir a la normativa autonómica para encontrar referencias directas a ellos. Así, por ejemplo, en la Ley 4/2005, de 18 de febrero, de Igualdad de Mujeres y Hombres del Parlamento Vasco,¹⁷ en cuyo artículo 44.4º se establece que:

Las administraciones públicas vascas han de cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

O la Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón¹⁸ en cuyo artículo 2 entre las formas de violencia contra las mujeres se incluye

La violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que comprende cualquier tipo de actuación que impida o restrinja el libre ejercicio de su derecho a la salud reproductiva y la maternidad y, por tanto, que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, así como a su libertad para decidir o no la procreación y para acceder o no a servicios de atención a la salud sexual, reproductiva o a medios anticonceptivos

La historia del reconocimiento legal de estos derechos comienza unos meses antes de aprobarse la Constitución, cuando se procede a la despenalización de la difusión, venta y propaganda de los anticonceptivos en España mediante la reforma del artículo 416 del Código Penal (CP).¹⁹

Años más tarde, se vuelve a reformar el Código penal, en esta ocasión para despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo en determinados casos. El artículo 417 *bis* CP declara expresamente no punible la práctica del aborto en los supuestos de grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada (aborto terapéutico), en los casos de delito de violación (aborto ético) y

Orgánica al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.

¹⁷ Boletín Oficial del País Vasco de 2 de marzo de 2005.

¹⁸ Boletín Oficial de Aragón de 9 de abril de 2007.

¹⁹ Mediante la Ley 45/1978, de 7 de octubre, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal (BOE de 11 de octubre de 1978).

cuando exista la presunción de que el feto pueda nacer con graves taras físicas o psíquicas (aborto eugenésico). Así mismo, se exige el consentimiento expreso de la mujer embarazada y la realización del aborto por el médico o bajo su dirección en centros o establecimientos públicos o privados acreditados, de acuerdo con el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre Centros Sanitarios Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica Legal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Como es sabido, esta despenalización parcial fue objeto de un recurso previo de inconstitucionalidad presentado por cincuenta y tres diputados del Partido Popular contra el entonces Proyecto de Ley Orgánica de reforma del artículo 417 *bis* del Código Penal. Entre otras alegaciones, los miembros del Grupo Popular en el Congreso consideraban que la despenalización del aborto era contraria a la Constitución, ya que el tenor literal del artículo 15 CE establece que *todos* tienen derecho a la vida y bajo la expresión *todos* se debe incluir también al *nasciturus*, al concebido y no nacido.

Este recurso se resuelve con la Sentencia 53/1985, de 10 de abril,²⁰ en la que Tribunal Constitucional se pronunció a favor de la inconstitucionalidad del Proyecto de Ley Orgánica de despenalización parcial del aborto, pero, no por vulnerar el artículo 15 CE, sino porque en el proyecto no se establecían, en primer lugar, las garantías suficientes para verificar que concurrían los supuestos de hecho en los casos del aborto terapéutico y del eugenésico y, en segundo lugar, porque no se contemplaban los medios para proteger la vida y la salud de la embarazada.

El Tribunal Constitucional afirma que el *nasciturus* no es titular del derecho a la vida, puesto que este derecho corresponde sólo a las personas humanas. Persona humana, desde el punto de vista jurídico, según el artículo 30 del Código civil español es el nacido con forma humana y que sobreviva al menos veinticuatro horas fuera del seno materno. Ahora bien, aclara el Tribunal Constitucional que el hecho de que el *nasciturus* no sea titular del derecho a la vida no quiere decir que carezca de protección. La vida humana en formación merece protección y por eso el Estado tiene la obligación de protegerlo. En caso de colisión entre la vida humana en formación del *nasciturus* y otros bienes jurídicos como la vida o la salud de la madre o su libertad sexual, es constitucionalmente admisible que se protejan estos últimos y que se permita la despenalización parcial del aborto.²¹

²⁰ Como curiosidad señalamos que la ponente de esta sentencia fue la profesora doña Gloria Begué Cantón, una de las seis senadoras de la legislatura constituyente.

²¹ De la extensa bibliografía que se ha escrito entre nosotros sobre esta cuestión pueden consultarse para una aproximación al tema desde la perspectiva constitucional las siguientes obras: RUIZ MIGUEL, A., *El aborto: problemas constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid,

El Tribunal Constitucional hace hincapié en el hecho de que su papel no es el de sustituir al legislador. Sin embargo, sí tiene la obligación de sugerir algunas modificaciones que permitan prosperar al Proyecto de ley. Así, en el Fundamento Jurídico 12º de la Sentencia se dice que el artículo 417 *bis*, en el supuesto del aborto terapéutico, no prevé la exigencia de un dictamen emitido por un médico de la especialidad correspondiente que diagnostique el riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada y que, por tanto, resulte conveniente la interrupción del embarazo. En segundo lugar, en el caso del aborto eugenésico, el Tribunal Constitucional considera oportuno que se exija un dictamen de dos médicos especialistas corroborando la grave tara del feto. En ambos casos, los dictámenes deberán ser elaborados por facultativos que no vayan a participar en la intervención médica y se emitirán siempre con anterioridad a la misma.

Las interrupciones voluntarias del embarazo que se llevan a cabo en España desde la entrada en vigor de esta modificación del Código Penal son objeto de un seguimiento por los poderes públicos a través de un sistema de vigilancia epidemiológica.²² Esto implica la existencia de una obligación por parte del médico responsable de cada interrupción voluntaria de notificarla a las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma correspondiente. Las Comunidades Autónomas transmitirán toda la información disponible a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo que anualmente elaborará un informe.

Los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo²³ ponen de manifiesto que la mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo que se practican en España se encuadran en el supuesto del aborto terapéutico. De los 91.664 abortos que se practicaron en España en el año 2005, el 96,68% se llevaron a cabo para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.

Hemos dicho más arriba que entre los nuevos derechos reconocidos y tutelados por el ordenamiento jurídico se encuentra el derecho a la salud reproductiva. La maternidad, además de configurarse como una libertad,

1990; MARÍN GÁMEZ, J. A., *Aborto y constitución*, Universidad de Jaén, Jaén, 1996; GIL HERNÁNDEZ, A., *Intervenciones corporales y derechos fundamentales*, Ed. Colex, Madrid, 1995; GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., *El derecho a la reproducción humana*, Ed. Marcial Pons, Madrid, 1994.

²² Regulado por la Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (BOE de 3 de julio de 1986) y por la Resolución de 4 de febrero de 2000, de la Subsecretaría, sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (BOE de 17 de febrero de 2000).

²³ *Vid.* anexo final.

constituye, en el marco del Estado social un derecho que impone determinadas obligaciones a los poderes del Estado. Estas obligaciones se traducen en el deber de regular la utilización de los nuevos descubrimientos médicos para facilitar el acceso de la ciudadanía a los mismos y de este modo dar una respuesta jurídica a determinadas necesidades humanas.

Los avances científicos han permitido abrir nuevas posibilidades para solucionar problema de la esterilidad para un amplio número de parejas aquejadas por esta patología. En España varias han sido las normas que han regulado esta materia. La primera fue la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, pionera entre las legislaciones de los países de nuestro entorno cultural y geográfico.²⁴ En esta Ley, mediante un sistema de lista cerrada, se enumeraban las técnicas que se podían aplicar, que eran las conocidas en el momento de aprobarse la norma, quedando sin cobertura jurídica los nuevos avances científicos. Para paliar esta y otras deficiencias de las que adolecía la Ley del año 1988, se aprueba la nueva Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Esta Ley tiene por objeto, tal y como se establece en su artículo 1, regular, en primer lugar, la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas; en segundo lugar, regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas en los términos previstos en la Ley; y, por último, regular los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.

La Ley no enumera las técnicas de reproducción asistida, sino que deja la puerta abierta para que se utilicen los medios que prevea el estado de la ciencia y la práctica clínica en cada momento, siendo necesario el informe previo de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y la posterior autorización por parte del Gobierno.

Tal y como se establece en el artículo 6 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida toda mujer mayor de 18 años y

²⁴ Esta Ley fue modificada en el año 2003, por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre que autorizó el uso de los preembriones crioconservados para la investigación. Sin embargo, esta Ley no ha estado exenta de polémica porque dispensaba un trato diferenciado a los preembriones crioconservados o congelados según cual fuera la fecha de su generación. Así, los anteriores a noviembre de 2003, fecha de la entrada en vigor, podían ser dedicados, además de a otros fines, a la investigación, posibilidad que estaba vedada a los generados con posterioridad, que podrían destinarse únicamente a fines reproductivos de la pareja generadora o a la donación a otras mujeres.

con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas previstas, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas de reproducción con independencia de su estado civil y orientación sexual. Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y que así conste de manera fehaciente.

Dentro de las normas reguladoras de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres es necesario hacer referencia al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Esta norma pretende definir cuáles son las prestaciones que el sistema sanitario público ofrece actualmente a los ciudadanos y garantizar estas prestaciones comunes en todo el territorio del Estado.

Dentro de la *atención primaria*, en esta Cartera se catalogan los siguientes servicios médico-sanitarios de atención a la mujer. En primer lugar, se prevé la detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con la atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud. En segundo lugar, se establece como prestación sanitaria en el marco del Sistema Nacional de Salud la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y el asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. Aquí estarían incluidos los anticonceptivos de emergencia o “píldora del día después”. En tercer lugar, la atención primaria incluye la asistencia sanitaria durante el embarazo y el puerperio [a) Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo. b) Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud. c) Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto. d) Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido]. Por último, se reconocen como servicios sanitarios la prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.

La *atención especializada* del Sistema Nacional de Salud, también ha previsto una serie de prestaciones cuya destinataria es la mujer y que tienen como objetivo asegurar el buen estado de la salud sexual y reproductiva. De manera coordinada y protocolizada con la atención primaria se hará el seguimiento del embarazo. Forma parte de la atención especializada la planificación familiar que incluye a su vez el

consejo genético en grupos de riesgo, la información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, la realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas y la reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida, de acuerdo con los programas de cada servicio de salud.

3. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y sus repercusiones en el derecho a la protección de la salud de las mujeres

Bajo los auspicios de la Oficina de la OMS para Europa se celebró en Madrid el 14 de septiembre de 2001 un seminario sobre *mainstreaming* de género en las políticas de salud en Europa, en el que participaron veintiocho países europeos. Fruto de aquel encuentro es la conocida como *Declaración de Madrid*.²⁵

En este documento se afirma lo siguiente:

...Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales. Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente. Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan los recursos y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios, y en los resultados de salud.

Para conseguir los más altos niveles de salud, la *Declaración de Madrid* establece que las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen distintas necesidades, obstáculos y oportunidades. La estrategia más efectiva para alcanzar la equidad en materia de salud es el *mainstreaming* de género. Esta estrategia promueve la integración de los condicionantes de género en el diseño, seguimiento y análisis de las políticas, programas y proyectos para garantizar que las mujeres y los hombres alcancen un estado de salud óptimo. Se añade en el documento que la estrategia de *mainstreaming* no es incompatible con las iniciativas dirigidas específicamente a alcanzar la igualdad entre las mujeres y los hombres.

²⁵ La Declaración de Madrid se puede consultar en la página del Ministerio de Sanidad <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/generoSalud/home.htm>

Por el contrario, las acciones positivas son necesarias y complementarias con la estrategia de *mainstreaming*.

Entre las recomendaciones finales que se hacen en la *Declaración de Madrid* se insta a todos los Estados Miembros a integrar activamente el *mainstreaming* de género en las políticas públicas de salud. Esto es lo que se ha hecho en España con la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en cuyo artículo 27 se establece la *integración del principio de igualdad en la política de salud*.

Esta Ley es, sin lugar a dudas, uno de los instrumentos normativos más importantes adoptados en el sistema jurídico español en materia de igualdad tras casi ya treinta años de aplicación de la Constitución. Gracias a esta norma las cuestiones de género se han convertido en un *elemento transversal* de todas y cada una de las medidas legislativas y administrativas que se adopten a partir de ahora en nuestro país. Es decir, la igualdad es un principio informador, un principio-guía, que debe de estar presente en todas las actuaciones de los poderes públicos, ya sean estatales o autonómicos.

Como acabamos de señalar la *integración del principio de igualdad en la política de salud* se prescribe expresamente en el artículo 27 de la citada Ley. En este precepto se dice, en primer lugar, que las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. En segundo lugar, se prevé que las Administraciones públicas garanticen un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres. Para ello se llevará a cabo una integración activa del principio de igualdad de trato en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, evitando así que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros. Por último, en el párrafo tercero del citado artículo 27 se enumeran las actuaciones que desarrollarán las Administraciones sanitarias de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades. Estas actuaciones son las siguientes:

- La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
- El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo

Mujer, salud y Derecho

diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

- La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
- La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
- La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

A raíz de la entrada en vigor de la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres ha sido necesario proceder a la modificación de las principales normas reguladoras de la asistencia sanitaria.

Así, en el artículo 3 de la Ley General de Sanidad de 1986 se añade un párrafo cuarto en el que se establece lo siguiente:

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

En el artículo 6 de la citada Ley General de Sanidad se fijan los objetivos sanitarios de las distintas Administraciones -promover la salud, promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente- para cuya ejecución, tal y como se dice en la nueva redacción de este precepto, *“las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud”*.

El artículo 18 de la Ley General de Sanidad en su nueva redacción incluye entre las actuaciones de los servicios de salud la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria,

comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la *formación contra la discriminación de las mujeres* (artículo 18.1º); la prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las *necesidades diferenciadas de mujeres y hombres* (artículo 18.4º); la protección, promoción y mejora de la *salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo* (artículo 18.9º); la mejora y adecuación de las necesidades de *formación del personal* al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad *para detectar, prevenir y tratar la violencia de género* (artículo 18.14º); el fomento de la *investigación científica* en el campo específico de los problemas de salud, *atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres* (artículo 18.15º) y el *tratamiento de los datos* contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el *análisis de género*, incluyendo, siempre que sea posible, su *desagregación por sexo* (artículo 18.17º).

También en el artículo 21 de la Ley General de Sanidad a la hora de enumerar los diferentes aspectos que forman parte de la salud laboral se insiste en su tratamiento desde la perspectiva de género.

Así mismo, la Ley Orgánica 3/2007 ha afectado a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recordemos que esta Ley fue aprobada para dar respuesta a las necesidades derivadas de la descentralización de la asistencia sanitaria y de la transferencia de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

Entre los principios generales que informan la Ley de Cohesión se incorpora (artículo 2, letra *a*) la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, *evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias*.

Por otro lado, a la hora de especificar las distintas prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, entre las actuaciones que se incluyen en el ámbito de la salud pública²⁶ se encuentra la promoción y protección de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las *trabajadoras* (artículo 11.2º, letra *g*).

²⁶ Se entiende por salud pública “el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales”. (artículo 11.1º)

Dentro de las prestaciones de atención primaria²⁷ se incluyen las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género (artículo 12.2º, letra f).

La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud entre los diversos instrumentos que ha previsto para dotar de cierta unidad al Sistema ha creado, en el seno del Consejo Interterritorial, un sistema de información sanitaria para responder a las necesidades de las Administraciones sanitarias, de los profesionales de la salud, de los ciudadanos y de las organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario.²⁸ Tal y como se establece en el artículo 53.2º tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007 todos los datos disponibles por el sistema de información -las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, se incorporará, como datos básicos, los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos- cuando sea posible se *desagregarán por sexos*. Se añade en este artículo 53 que el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el fin de lograr la máxima fiabilidad de la información, establecerá la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios

²⁷ La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social (artículo 12.1º).

²⁸ En concreto en el artículo 53.1º de la citada Ley se dice, textualmente, que “el objetivo general del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud será responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad que en cada caso se indica:

- a. Autoridades sanitarias: la información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.
- b. Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas. Incluirá directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.
- c. Ciudadanos: contendrá información sobre sus derechos y deberes y los riesgos para la salud, facilitará la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecerá la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados.
- d. Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario: contendrá información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.”

para la integración de la información y para su análisis *desde la perspectiva del principio de igualdad entre mujeres y hombres*.

Por último, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud crea el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (artículo 63) cuya función consiste en llevar a cabo un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. El Observatorio elaborará anualmente un informe sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, que contendrá análisis específicos de la salud de mujeres y hombres, y que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Además de este Observatorio, desde el año 2004 viene funcionando el Observatorio de Salud de la Mujer. Se trata de un organismo perteneciente a la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo principal objetivo es conseguir que disminuyan las desigualdades por razón de género en salud.

Anexo

TABLA 1. Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional.

Total	Centros notificadores de I.V.E.	Total I.V.E.	Tasa por 1.000 mujeres
2005	134	91.664	9,60
2004	133	84.985	8,94
2003	128	79.788	8,77
2002	124	77.125	8,46
2001	121	69.857	7,66
2000	121	63.756	7,14
1999	123	58.399	6,52
1998	117	53.847	6,00
1997	115	49.578	5,52
1996	106	51.002	5,69

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

TABLA 2. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional.

Año	Salud materna (%)	Riesgo fetal (%)	Violación (%)	Varios motivos (%)	No consta (%)
2005	96,68	3,16	0,01	0,15	0,00
2004	96,70	3,06	0,02	0,22	0,00
2003	96,89	2,83	0,02	0,26	0,00
2002	96,81	3,03	0,03	0,13	0,00
2001	97,16	2,53	0,09	0,22	0,00
2000	97,16	2,57	0,05	0,14	0,06
1999	97,22	2,47	0,04	0,19	0,09
1998	97,32	2,27	0,03	0,28	0,10
1997	97,79	2,08	0,03	0,03	0,07
1996	97,83	2,05	0,02	0,03	0,06

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Bibliografía

- AA.VV., *Las mujeres parlamentarias en la legislatura constituyente*, Cortes Generales Ministerio de la Presidencia, Madrid, 2007.
- BALAGUER CALLEJÓN, M^a L., "Mujer y derechos constitucionales. La construcción jurídica del género", en FREIXES SANJUÁN, T. y SEVILLA MERINO, J., *Género, Constitución y Estatutos de Autonomía*, INAP, Madrid, 2005.
- DURÁN FEBRER, M., "La constitucionalización de los derechos de género", en FREIXES SANJUÁN, T. y SEVILLA MERINO, J., *Género, Constitución y Estatutos de Autonomía*, INAP, Madrid, 2005.
- ELÓSEGUI ITXASO, M., *Diez temas de género: hombre y mujer ante los derechos reproductivo*, Ediciones internacionales universitarias, Madrid, 2002.
- FIGUERUELO BURRIEZA, A., "El discurso jurídico: la mujer en la Constitución española", en FIGUERUELO BURRIEZA, A., et al, *Las mujeres en la Constitución europea. Estudios multidisciplinares de género*, Ediciones Universidad de Salamanca, CEMUSA, Salamanca, 2005.
- GARCÍA DE ENTERRÍA, E., *La Constitución como norma y el Tribunal Constitucional*, Ed. Civitas, Madrid, 1981.
- GARCÍA PELAYO, M., *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Ed. Alianza, Madrid, 1977.
- GIL HERNÁNDEZ, A., *Intervenciones corporales y derechos fundamentales*, Ed. Colex, Madrid, 1995.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., *El derecho a la reproducción humana*, Ed. Marcial Pons, Madrid, 1994.
- MARÍN GÁMEZ, J. A., *Aborto y constitución*, Universidad de Jaén, Jaén, 1996.
- MODUGNO, F., *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli Editore, Torino, 1995.
- RUIZ MIGUEL, A., *El aborto, problemas constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990.