

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS,  
DERECHOS HUMANOS BÁSICOS



**Políticas Sanitarias y  
Educativas en materia de  
Salud Sexual y Reproductiva  
en Canarias:**

**Abandono y  
desmantelamiento**

**INFORME I**  
Colectivo Harimaguada



Agosto de 2018



Colectivo Harimaguada

C/ San Agustín nº 54. 38001 La Laguna

e-mail: [colectivo@harimaguada.org](mailto:colectivo@harimaguada.org)

Página Web: <http://www.harimaguada.org/>

Facebook: <https://www.facebook.com/colectivo.harimaguada/>

Agosto 2018

Esta publicación puede usarse total o parcialmente citando la fuente.

# ÍNDICE

---

1. A MODO DE PRESENTACIÓN .....	4
2. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA AGENDA 2030 .....	7
3. EN CANARIAS HEMOS EXPERIMENTADO UN IMPORTANTE RETROCESO .....	10
4. LA REALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SISTEMA SANITARIO DE CANARIAS .....	12
▪ El cierre de los COF y el traspaso de sus funciones a los CAP .....	12
▪ Retroceso en las actuaciones de promoción de la salud en los centros educativos .....	15
▪ El desmantelamiento de las consultas jóvenes .....	15
▪ Aumentan las dificultades de acceso a las medidas de prevención .....	16
▪ La realidad de las I.V.E.S. en Canarias .....	17
▪ La atención ginecológica, insuficientemente atendida .....	24
▪ Queda mucho por hacer en la atención a los embarazos y partos deseados .....	25
▪ Realidad, prevención y tratamiento de las ITS y VIH-SIDA en Canarias .....	29
▪ La atención al derecho a la autodeterminación de la identidad .....	36
▪ La formación de las y los profesionales .....	37
▪ Escasa difusión de los servicios existentes en materia de derechos sexuales y reproductivos .....	37
▪ Algunos datos sobre la realidad sanitaria canaria .....	39
5. LA REALIDAD DE LA EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE CANARIAS .....	45
▪ Lo que dicen las leyes .....	45
▪ Lo que ocurre en los centros educativos .....	46
▪ Lo que ha hecho la Consejería de Educación .....	49
▪ Las actuaciones más recientes de la Consejería de Educación .....	51
▪ Algunos datos sobre la realidad educativa canaria .....	55
▪ La Consejería de Educación desmonta el modelo Integral de EAS y variadas Instancias lo reclaman .....	56
6. NUESTRAS PROPUESTAS EN EL ÁMBITO SANITARIO .....	60
7. NUESTRAS PROPUESTAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO .....	64
8. OTRAS PROPUESTAS .....	66
9. FUENTES CONSULTADAS .....	68



## 1. A MODO DE PRESENTACIÓN

El movimiento feminista cuenta con una larga trayectoria en la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos, en su incidencia como tema del debate público y político y su incorporación como parte de los Derechos Humanos.

A través del cuestionamiento de la dicotomía público/privado y partiendo de que el cuerpo es clave para entender el dominio masculino, el movimiento feminista incorpora en los años setenta en la agenda política una serie de cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, definiendo los derechos sexuales como el derecho a controlar el cuerpo y a decidir sobre su capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia. El derecho al placer ha sido también, desde 1975, núcleo central de estas reivindicaciones.

Esta agenda se ha ido ampliando y enriqueciendo con los debates en torno a la familia, la reproducción y la maternidad, las orientaciones sexuales y las identidades de género, la interculturalidad y la sexualidad, incluyendo nuevas exigencias como el derecho a decidir quiénes queremos ser, cómo y con quién queremos convivir, y otros debates que han surgido al calor de las nuevas tecnologías reproductivas, el proceso de globalización y los cambios en los modelos de convivencia.



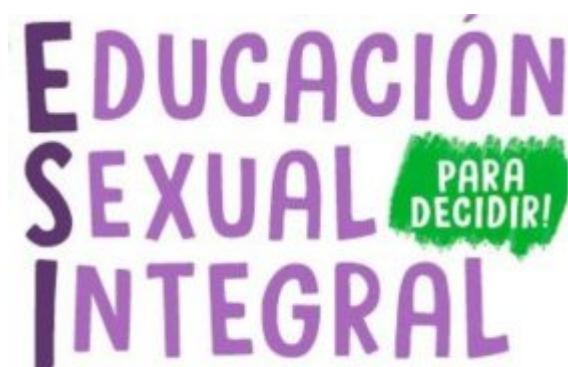
En términos generales, nos estamos refiriendo al derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, a la autodeterminación sexual y a vivir nuestra corporalidad e identidad sentida y diversa. Solo desde la libertad, desde la autonomía y el respeto a la diversidad se puede disfrutar de una sexualidad sana, que nos haga conectar con el bienestar y el disfrute personal y colectivo.

Y para ello es imprescindible que la Educación y Atención Afectiva y Sexual Integral, que ayude a los seres humanos a resolver sus necesidades relacionales de vinculación afectiva y erótica, sea una realidad. Las

personas somos interdependientes, nos construimos en relación, tenemos capacidad de acercarnos a otras, de establecer relaciones y vínculos afectivos que necesitamos para poder sobrevivir. Y para resolver satisfactoriamente estos vínculos afectivos, de comunicación, de erotismo, de acompañamiento, de intimidad corporal, tenemos que aprender, primero, a reconocerlos y luego a conducirlos de manera positiva, saludable, igualitaria y placentera.

Aunque a nivel internacional la Educación Afectivo Sexual Integral es reconocida como un elemento clave en la promoción de relaciones positivas, saludables e igualitarias, en la prevención de los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, en la

prevención de las violencias machistas y de la LGTBIfobia, hoy en día esta educación y atención afectivo sexual es una importante carencia en nuestra sociedad. Dado que ni las familias, ni los centros educativos, ni los servicios sanitarios y sociales, estamos cumpliendo el papel que niñas, niños y jóvenes necesitan para poder vivir su sexualidad de manera saludable, responsable y satisfactoria, quienes están haciendo esta tarea son los medios de comunicación de masa como internet, las redes sociales y los videojuegos. Los mensajes que están lanzando no son los más adecuados para poder tener una visión positiva e integral de la dimensión





afectiva y sexual, puesto que se instrumentaliza la sexualidad como un producto más del mercado, transmitiendo un mensaje muy reduccionista, que no responde a las múltiples formas de relacionarnos que tenemos los seres humanos, de vivir la sexualidad y las relaciones afectivas.

La educación afectivo sexual, como tarea compartida por todos los agentes sociales, tiene que hacer hincapié en que existen muchas formas posibles y sanas de ser hombres y de ser mujeres, y que hay muchas biografías posibles a la hora de relacionarnos, y que lo importante es aprender a vivirlas desde una ética relacional corresponsable, una ética del placer, de la salud, del derecho a la vinculación y a la desvinculación, del derecho a la libre maternidad y paternidad, que nos ayude a poder relacionarnos como sociedad de manera positiva e igualitaria.

Hacer de la salud, del cuerpo, de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, un tema de democracia y ciudadanía; y hacer de la dignidad, la autonomía y la libertad, aspectos centrales de los Derechos Humanos, deben ser elementos centrales de cualquier proyecto transformador.

El Colectivo Harimaguada se define por su dilatada experiencia en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos, por su trabajo en la promoción de la calidad de vida, del derecho a decidir sobre nuestro cuerpo, a tener relaciones positivas, igualitarias, placenteras, a vivir nuestra corporalidad e identidad sentida y diversa... donde quiera que estemos.



Durante los últimos años se han producido una serie de contrarreformas en el ámbito social de la mano de la aprobación de leyes que recortan y restringen nuestros derechos, acompañadas de importantes recortes económicos, que, en la práctica, restringen la capacidad de decidir sobre nuestros propios cuerpos y las garantías básicas que supuestamente son responsabilidad del Estado para asegurar la equidad en los derechos sexuales y reproductivos a todas las personas que residimos en Canarias.

Por ello, en el último año hemos centrado parte de nuestros esfuerzos en la elaboración del presente Informe, en el que realizamos un acercamiento a la situación de la educación y atención afectiva y sexual, así como a la prevención y atención a la violencia sexual en Canarias, desde los servicios públicos. No pretende ser un estudio exhaustivo, quedan aspectos de los derechos sexuales y reproductivos que no se abordan, o no en toda su amplitud, temas que esperamos ir incorporando en el proceso de difusión y debate del informe.

Para su elaboración, realizamos:

- ① Revisión de estudios, leyes, documentos oficiales, memorias, páginas web... de personas y colectivos especialistas y activistas en los derechos sexuales y reproductivos, así como de diferentes organismos e instituciones oficiales.
- ② Grupos de discusión y entrevistas en profundidad con profesionales de distintas disciplinas que, por su ámbito de trabajo, su pertenencia a diferentes asociaciones y colectivos, o por el papel clave que han desempeñado en el campo de la educación afectivo sexual y la atención a la salud sexual y reproductiva, consideramos que podían ofrecer una visión tanto de la situación actual, como de los avances y retrocesos experimentados a lo largo de los últimos años: profesionales sanitarios de atención primaria y de atención especializada (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, matronas...), profesionales del ámbito educativo (educación primaria, secundaria, formación profesional, educación especial...) y profesionales del ámbito social (con trayectoria en el desarrollo de planes y programas comunitarios de educación y atención a la sexualidad).
- ③ Reuniones con responsables de las Clínicas autorizadas para la interrupción voluntaria del embarazo, Clínica Tacoronte y Clínica Tara.

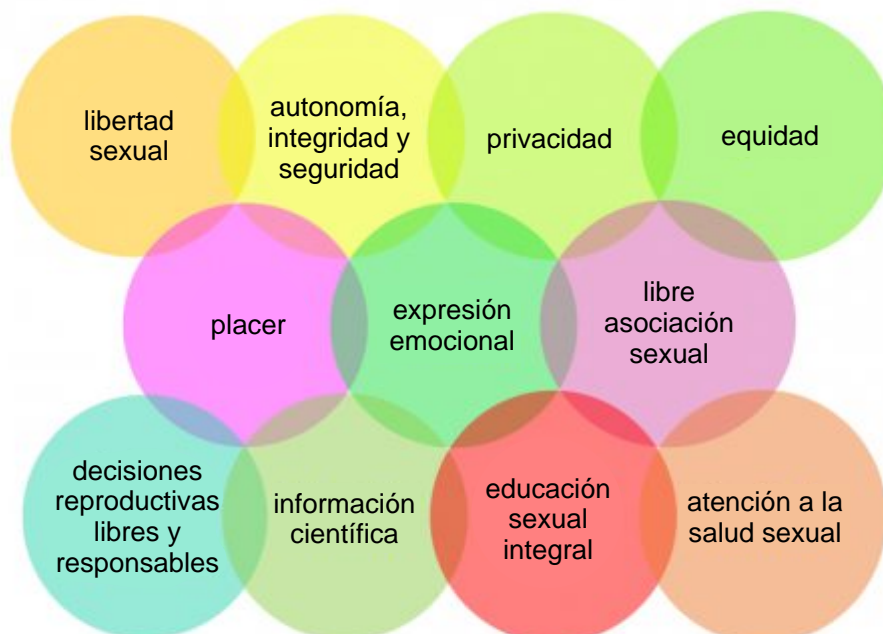


- ⊙ Reunión con responsables del Consejo Escolar de Canarias.
- ⊙ Reuniones con responsables de diferentes administraciones: Consejería de Sanidad (Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Programas Asistenciales), Consejería de Educación y Universidades (Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa), Consejería de Políticas Sociales (Dirección General de Políticas Sociales e Inmigración y Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia), Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad (Instituto Canario de Igualdad). También se solicitó esta reunión a otras Direcciones Generales, que no llegaron a concedernos la cita.
- ⊙ Reunión con representantes del Plan Municipal de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil de Los Realejos.
- ⊙ Solicitud de información a los Cabildos Insulares de todas las islas, obteniendo diferente receptividad en los mismos.
- ⊙ Reunión con la Federación Canaria de Municipios (Comisión de Solidaridad, Juventud e Igualdad).

Queremos hacer un especial y público agradecimiento a todas las personas que han colaborado en este Informe, aportándonos informaciones cercanas a las prácticas habituales, que nos han hecho constatar la falta de transparencia y las dificultades de acceso a una documentación que debería ser pública.

Por último, aclarar que, dada la importancia y la amplitud del Informe relativo a la violencia sexual, este apartado lo presentaremos en el Informe II sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos humanos básicos.

## DERECHOS SEXUALES





## 2. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA AGENDA 2030

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por los Estados miembros de la ONU en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en septiembre de 2015 recoge 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que todos los países deben cumplir para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas. Los ODS establecen 169 metas en las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, económica y ambiental.

La Agenda 2030 insiste en que la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y de las niñas es fundamental para lograr todos los objetivos y metas, y aboga por la incorporación sistemática de una perspectiva de género en su implementación. Además, confirma que todos los estados tienen la responsabilidad de respetar, proteger y promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas, sin distinción de ningún tipo, remitiendo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a los tratados internacionales sobre derechos humanos como documentos fundacionales de la Agenda. La Agenda contempla también la necesidad de un desglose de los datos por edad, sexo, ingresos y ubicación geográfica, entre otras características, lo que resulta esencial para la supervisión, la identificación de lagunas y la comprensión de qué grupos quedan rezagados en su implementación.



Varias metas tienen relación directa o están relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, lo que demuestra su importancia para lograr el desarrollo sostenible para todas las personas. A continuación, las recogemos:

OBJETIVO	METAS
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.	3.3 De aquí a 2030, <b>poner fin a las epidemias del SIDA</b> , la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y <b>otras enfermedades transmisibles</b> .
	3.7 De aquí a 2030, <b>garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva</b> , incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la <b>integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales</b> .
	3.8 Lograr la <b>cobertura sanitaria universal</b> , incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a <b>servicios de salud esenciales de calidad</b> y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.	4.5 De aquí a 2030, <b>eliminar las disparidades de género en la educación</b> y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad.



	<p>4.7 De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los <b>conocimientos teóricos y prácticos necesarios</b> para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, <b>los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia</b>, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.</p>
<p>5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.</p>	<p>5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.</p> <p>5.2 <b>Eliminar todas las formas de violencia</b> contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.</p> <p>5.3 <b>Eliminar todas las prácticas nocivas</b>, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.</p> <p>5.4 <b>Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico</b> no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, <b>y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia</b>, según proceda en cada país.</p> <p>5.6 Asegurar el <b>acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos</b> según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de evaluación.</p>
<p>10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.</p>	<p>10.2 De aquí a 2030, <b>potenciar y promover la inclusión social</b>, económica y política <b>de todas las personas</b>, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.</p> <p>10.3 <b>Garantizar la igualdad de oportunidades</b> y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.</p>
<p>16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.</p>	<p>16.1 <b>Reducir significativamente todas las formas de violencia</b> y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo.</p> <p>16.2 <b>Poner fin al maltrato</b>, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p> <p>16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y <b>garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos</b>.</p>

Valoramos el reconocimiento que hace la Agenda 2030 de los principales problemas sociales y ambientales a los que nos enfrentamos en el siglo XXI, aunque consideramos que su implementación está sometida a muchos riesgos, tememos que su ejecución se convierta en un "lavado de imagen". El retraso de su puesta en marcha, la incorporación del crecimiento económico como un objetivo de desarrollo en sí mismo, sin cuestionar que el modelo económico actual no permite satisfacer, realizar y potenciar las necesidades de todos los seres humanos, y numerosos objetivos que son de imposible cumplimiento a la luz de los acuerdos y decisiones adoptados por los gobernantes en muchos países, nos hacen dudar sobre su aplicación real. Consideramos que es necesario un análisis más profundo de las causas que han llevado a los problemas muy bien señalados, así como de sus posibles soluciones, e invitar a combatir estas causas, no solo los síntomas de los problemas; así como equilibrar la importancia que se le otorga a los estados nacionales y a la ciudadanía y movimientos sociales en la toma de decisiones acerca de los problemas colectivos globales.

La Agenda 2030 reclama al sistema público educativo que debe fomentar una ciudadanía consciente, responsable, comprometida con la promoción de los bienes públicos globales, los derechos humanos y la





sostenibilidad del planeta, un cambio cultural que desnaturalice las violaciones sistemáticas de derechos y desmonte todas las expresiones de discriminación.

La Agenda 2030 también demanda una cobertura sanitaria universal, que se basa en tres ejes: más personas cubiertas (sin excluir a nadie, según el principio de los ODS de "nadie se queda atrás"), más servicios para la población y menos pago individual.

El acceso universal a la sanidad es un compromiso imprescindible para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero además se requiere la apuesta por un sistema público que no se centre únicamente en la dimensión asistencial, sino que se focalice en las dimensiones de prevención y promoción de la salud y que tenga en cuenta que los elementos que más la determinan se vinculan con la realidad socioeconómica, el género y otros factores ambientales. Esta realidad es determinante en el caso de los derechos sexuales y reproductivos, para cuyo ejercicio además de atención universal, gratuita y especializada, se requieren programas públicos de prevención y educación sobre relaciones afectivas y sexuales seguras, igualitarias y saludables. Así lo recoge la meta 3.7, que exige la garantía de un 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.





### 3. EN CANARIAS HEMOS EXPERIMENTADO UN IMPORTANTE RETROCESO

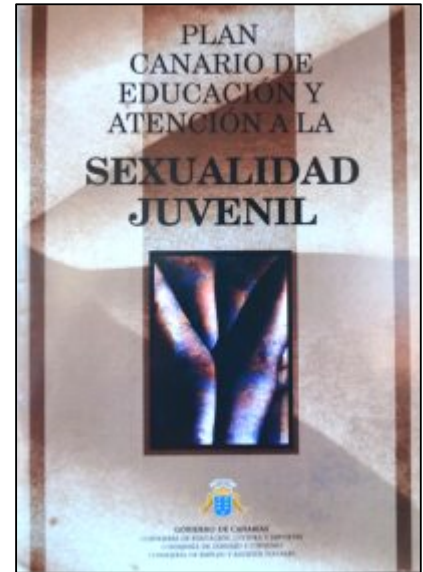
Hubo una vez un tiempo en que en Canarias existió un Programa Institucional de Educación Afectivo Sexual (1986-2003) y un Plan Institucional de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil (1997-2003), que pusieron en marcha importantes acciones vinculadas a la educación y a la atención a la sexualidad y a la afectividad.

Fue precisamente en ese tiempo, en el que se redujo la tasa de abortos por mil mujeres entre 15 y 44 años en Canarias. Este indicador bajó, en el periodo 2000-2004, de un 8,04 a un 6,23, mientras en el Estado español subía de un 7,14 a un 8,94.

Pero pasó el tiempo, y en el año 2003 la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias tomó la irresponsable decisión de suprimir el Programa Institucional de Educación Afectivo Sexual Harimaguada. Así mismo, el resto de recursos y servicios puestos en marcha por el Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil se han ido desmantelando en la última década (consultas jóvenes, teléfono de información sexual, planes municipales, formación, campañas de sensibilización, etc.).

A partir de ahí, las políticas en materia de educación y atención a la sexualidad han sido prácticamente inexistentes o simplemente erráticas. No se están desarrollando medidas educativas y asistenciales desde una perspectiva integral, para preparar a la población para que asuma de forma satisfactoria y responsable el hecho de ser sexuado, para que puedan decidir sobre sus sexualidades, sobre sus cuerpos, sobre sus maternidades/paternidades, sobre sus vidas.

Ni siquiera la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que aún con sus limitaciones, fue un relativo avance en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos, pues concretaba las responsabilidades de los poderes públicos a la hora de garantizar la educación y atención sexual y reproductiva, trajo cambios a esta dura realidad. Después de ocho años de vigencia, la Administración canaria no ha querido hacerse eco de la vigencia de la ley de salud sexual y reproductiva, sino para decir que está en contra de que se suprima, pero no ha desarrollado sus medidas educativas y preventivas.

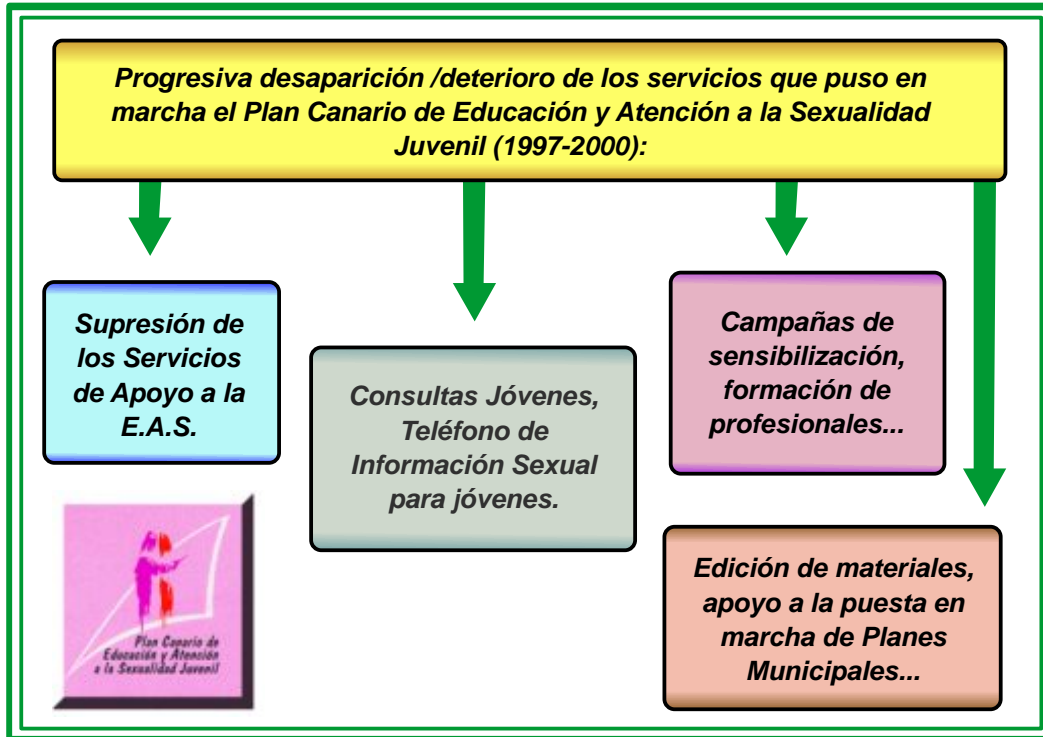


En febrero de 2014, el Parlamento de Canarias aprobó una Proposición No de Ley, a propuesta del Colectivo Harimaguada y apoyada por la Plataforma por el Aborto Libre, Legal, Seguro y Gratuito, en la que se instaba al Gobierno Canario a que asegurara la puesta en marcha de un conjunto de medidas que garantizaran el desarrollo de una educación y atención sexual y afectiva con perspectiva de género y no heteronormativa en todos los niveles de la enseñanza, como tarea conjunta y coordinada de todos los agentes sociales implicados, y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos con garantía de gratuidad y facilidad de acceso.

Sin embargo, los mismos grupos políticos que aprobaron dicha PNL, dieron posteriormente el visto bueno a una

Ley Canaria de Educación que no contempla la Educación Afectivo Sexual en su articulado.

Y es que para priorizar las necesidades humanas en las políticas puestas en marcha, hay que ir más allá de las declaraciones, los gestos simbólicos y las fotos. Si bien se ha desarrollado una importante actividad legislativa e institucional en la línea de abordar algunos de los derechos sexuales y reproductivos, nos parece arriesgado que



tome cuerpo la idea de que solo con las leyes y con acciones puntuales se cambia la vida de las personas. Una legislación adecuada, sin duda, ayuda, pero creemos que además es preciso tener la voluntad y el compromiso necesario para hacerla cumplir, poniendo mecanismos de control y seguimiento y, sobre todo, dedicar muchos más recursos a los servicios públicos, y en concreto, a la información, formación y atención afectiva y sexual, que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Y no está siendo así.

Toda persona debe poder ejercer el control y decidir de forma libre y responsable sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin presiones, discriminación o violencia. Y ello implica el desarrollo de una serie de prestaciones que, tanto a nivel estatal, como en la comunidad canaria, se han considerado secundarias. Esto ha conllevado que los embarazos no deseados, abortos, abusos sexuales, violaciones, experiencias dolorosas, infecciones de transmisión sexual, SIDA... sean problemas en nuestra sociedad, consecuencias de la falta de una educación afectivo sexual integral y de las dificultades en el acceso a las medidas de prevención -tanto a los métodos como a los servicios-, que permitirían a la población vivir sus relaciones interpersonales de forma sana, satisfactoria y responsable.

Resulta prioritario, por tanto, la implementación de políticas integrales en materia de educación afectivo sexual y de atención a la salud sexual y reproductiva, adecuadamente dotadas de medios y recursos económicos, materiales y humanos, basadas en un concepto positivo del hecho sexual humano, de la diversidad sexual y de los vínculos afectivos, que promuevan y garanticen que las personas se formen para vivir satisfactoriamente y sin riesgos su sexualidad, y para que sepan resolver sus necesidades afectivas, relacionales y de vinculación en el marco de una ética relacional de igualdad, sinceridad, respeto y responsabilidad.





## 5. LA REALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SISTEMA SANITARIO DE CANARIAS.

Garantizar y promover la salud sexual y reproductiva debe ser una prioridad dentro de las políticas sanitarias públicas. El sistema sanitario ha de garantizar unos servicios públicos de atención a la salud sexual y reproductiva que cubran las necesidades de toda la población, a los que se pueda acceder de forma libre y con garantías de gratuidad, y desde los que se ofrezca información, orientación y asistencia sobre el ámbito afectivo sexual, promoviendo unos estilos de vida saludables y una vivencia positiva de la sexualidad.

Frente a esto, la política imperante por parte de la Consejería de Sanidad del gobierno de Canarias en la última década, en lo que a promoción y atención a la salud sexual y reproductiva se refiere, se ha venido caracterizando por la falta de un enfoque integral y común a todas las áreas sanitarias y centros dependientes del Servicio Canario de la Salud. Se ha impuesto una visión fragmentada, con acciones y medidas puntuales, y con escasa dotación de medios –tanto económicos, como de personal y de crédito horario suficiente-, que impide llevar a cabo una intervención real, eficaz y avanzada en esta materia.

De la mano de los recortes presupuestarios llevados a cabo en los últimos años, se ha ido produciendo un progresivo desmantelamiento de los recursos y servicios previamente existentes, así como un cambio de enfoque, centrado cada vez más en la detección de enfermedades y en la prevención de riesgos, que - frente al modelo integral y de promoción de la salud que primó en épocas anteriores-, ha dejado al margen la información, orientación y capacitación de la población para una vivencia satisfactoria, responsable y positiva de la sexualidad. A esto hay que añadir que las medidas y servicios que aún se mantienen - sostenidos en gran medida gracias al esfuerzo, el interés y la motivación de los y las profesionales-, no suelen contar con el suficiente apoyo, coordinación y seguimiento por parte de los y las responsables de la Consejería de Sanidad, por no ser considerados de carácter prioritario, lo que repercute negativamente tanto en su estabilidad como en su eficacia y su potencial alcance.

### El cierre de los COF y el traspaso de sus funciones a los CAP.

Una de las consecuencias directas de esta política ha sido el desmantelamiento de los Centros de Planificación/Orientación Familiar (COF), concebidos como recursos desde los que se ofrecía al conjunto de la población información, orientación y asesoramiento sobre el ámbito afectivo sexual por parte de personal especializado.

Estos Centros coexistían con las consultas de Ginecología en los Centros de Atención Especializada (CAE). Ya entonces se denunciaba que la situación era deficitaria, porque dichas consultas eran escasas. Hoy, no existe ninguno.

Tras su desaparición, dichas funciones fueron trasladadas a los Centros de Atención Primaria (CAP), a través del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASAR), desarrollado por el Servicio Canario de Salud en 2009, año en el que desde la Dirección General de Programas Asistenciales se revisó y

En Tenerife se contaba con 7 Centros de Orientación Familiar:

- COF de La Orotava.
- COF de Anaga. Santa Cruz.
- Centro Municipal de Planificación Familiar de Tacoronte / El Sauzal.
- Consulta en La Laguna (Ginecología del HUC), en Centro Municipal San Agustín.
- COF de Güímar.
- COF de Ofra. Santa Cruz.
- Servicio Municipal de Planificación Familiar de Tegueste / La Laguna

En la actualidad: ¡NINGUNO!



actualizó el antiguo Programa de la Mujer. Se trata de un programa estructurado en cinco áreas -preparación a la maternidad y paternidad, atención al embarazo, parto y puerperio, salud sexual, anticoncepción y climaterio-, para cada una de las cuales se facilita a los equipos de atención primaria una serie de guías, materiales y protocolos de actuación.



Su implementación recae fundamentalmente en las matronas/es, con apoyo del personal médico y de enfermería.

En los Centros de Salud se centraliza el asesoramiento y la prescripción de métodos anticonceptivos, con la excepción de las derivaciones a atención especializada u hospitalaria para los métodos que lo precisan. La realidad es que actualmente las médicas y médicos de familia asesoran y prescriben la anticoncepción en una consulta no solicitada para ello (no se contempla como tal) y en los escasos minutos que tienen por consulta.

El Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASAR) no se ha evaluado, ni actualizado y no cuenta con ninguna partida presupuestaria específica para su desarrollo. Su principal problema es que implica una sobrecarga de funciones para unos equipos con una alta carga asistencial, que no disponen del tiempo ni de los medios suficientes para desarrollar su labor, y que no siempre han tenido la posibilidad de recibir una formación especializada en cada una de estas materias (sobre todo el personal médico y de enfermería).

Por lo que se refiere a los servicios y funciones asignadas a las matronas y matrones, el principal hándicap radica en que no se dispone de un número suficiente en función del volumen de población. Recordemos que tal como plantea la Asociación Canaria de Matronas, "deben proporcionar una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal, en su facetas preventiva y de atención de la salud, y, además de asistir el embarazo y posterior parto, atienden a la mujer en la fase de puerperio normal tras el nacimiento, lactancia, y al recién nacido sano hasta el día 28 de vida".

Según datos de esta Asociación, hay 230 matronas/es en la plantilla orgánica del Servicio Canario de Salud. Esto significa que hay unas 11 especialistas por cada 100.000 habitantes, por debajo de la media del Estado español, situada en 35 por cada 100.000 habitantes, a años luz de la media en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 70 por cada 100.000 habitantes (Informe de la situación de las matronas en España. FAME, 2014). En este caso, corresponderían a Canarias 1.475 profesionales.

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, se debería contar con una matrona /matrón por 400 mujeres en edad fértil (15-49 años, según el INE).



Canarias: 11 matronas/es por cada 100.000 hab.  
Media en el Estado español: 35 por cada 100.000 hab.  
Media en países de la OCDE: 70 por cada 100.000 hab.

Hay 230 matronas/es.  
Corresponderían 1.475

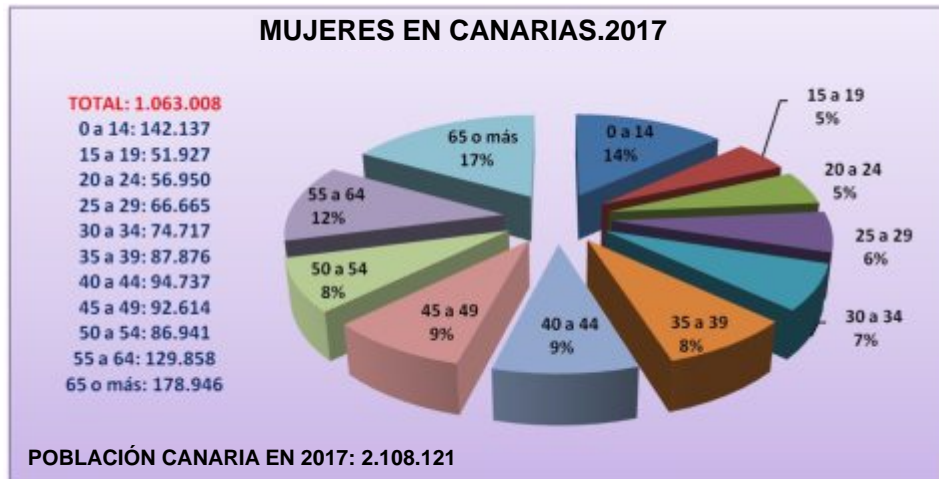
Canarias: 1 matrona/ón por cada 2.285 mujeres en edad fértil.

Recomendaciones de la OMS: 1 matrona/ón por cada 400 mujeres en edad fértil.

Hay 230 matronas/es.  
Corresponderían 1.314

Si atendemos a esta recomendación, en toda Canarias (525.486 mujeres de 15 a 49 años) debería haber entre 1.314 matronas/es.

Si a esta insuficiencia en el número de matronas y matrones, añadimos la sobrecarga de trabajo del personal médico y de enfermería dentro de los equipos de atención primaria, se hace inviable que, en la práctica, se pueda llegar a desarrollar de forma adecuada y suficiente la totalidad de servicios y prestaciones que, supuestamente, se ofertan a través del PASAR, como la planificación familiar o los programas de detección de cáncer de cérvix, por poner algún ejemplo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de población del ISTAC

Esta infradotación de los equipos de Atención Primaria repercute asimismo en las actividades de promoción de la salud -de carácter formativo e informativo, dirigidas a toda la población- desarrolladas desde las Aulas de Salud de los Centros de Atención Primaria. Si bien en las mismas se dispone de una serie de materiales específicos en materia de salud sexual y reproductiva, la escasez de personal, la sobrecarga de funciones y la falta de crédito horario suficiente hacen que dichas acciones formativas solo puedan desarrollarse de forma puntual, sin carácter de continuidad, tratando de cubrir las demandas externas que se van recibiendo, pero sin que existan los medios ni las condiciones suficientes para desarrollar unas actuaciones de promoción de la salud sexual y reproductiva planificadas y sostenidas en el tiempo y con garantías de calidad.





## Retroceso en las actuaciones de promoción de la salud en los centros educativos.

Por lo que se refiere a las actuaciones en los centros educativos que se venían desarrollando de forma coordinada con los Centros de Salud a través de la Red de Escuelas Promotoras de Salud, el retroceso se ha visto acentuado, además, por la desaparición de la estructura de dinamización y coordinación de la Red –integrada en su momento por personal de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación- a través de la cual se establecían objetivos comunes que permitían un trabajo planificado, con continuidad y estabilidad en el tiempo, en materia de promoción de la salud sexual y reproductiva. Este modelo desapareció, dando paso a otro caracterizado por un funcionamiento en base a demandas puntuales por parte de los centros educativos, lo que ha dado lugar a una actuación dispersa y sin un enfoque común, dependiente en gran medida de las posibilidades y los medios con los que se cuente en cada Centro de Salud en un momento determinado.



## El desmantelamiento de las consultas jóvenes.

La escasa dotación de medios y de personal, junto al cambio de enfoque, ha dado lugar asimismo al desmantelamiento progresivo de las 20 Consultas Jóvenes -dependientes de los Centros de Salud, y actualmente reducidas a su mínima expresión-, unos servicios diseñados en base a las necesidades y demandas de la población juvenil, y puestos en marcha en las distintas islas a raíz de la implementación del Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil gracias al esfuerzo, la voluntad y la ilusión de diversos profesionales de la sanidad.



Folleto Informativo de las Consultas Jóvenes de Tenerife

Como ejemplo citemos lo ocurrido en Tenerife. En los años 1997-2003 se crearon nueve Consultas jóvenes, con diversas modalidades, en Los Gladiolos, Añaza, Tejina, La Vera, Los Realejos, Icod, Granadilla, Adeje y Arona. En estos momentos, en esta isla solo se oferta la Consulta Joven en Los Realejos, sin que se establezcan por parte de la Consejería de Sanidad los medios y las condiciones necesarias para que pueda disponerse de este recurso en todas las áreas de salud.



## Aumentan las dificultades de acceso a las medidas de prevención.

En relación a la anticoncepción y la prevención de embarazos no planificados, se siguen detectando dificultades importantes en el acceso a los distintos métodos anticonceptivos dentro de la sanidad pública.

En estos momentos, desde los Centros de Atención Primaria solo se están dispensando anticonceptivos hormonales. El acceso a la implantación de un DIU, a una ligadura de trompas o a una vasectomía -que requieren la derivación a centros de atención especializada-, está suponiendo en la práctica, y dependiendo de las zonas de salud, un tiempo medio de espera que llega a ser de hasta uno o dos años.

Otros métodos anticonceptivos, como los preservativos, siguen quedando excluidos de financiación por parte del sistema sanitario público. También ha quedado excluida de la financiación pública la anticoncepción de emergencia o "píldora del día después", anteriormente disponible en los centros de atención primaria y en los centros de urgencias.



Preservativo, con información sobre su uso. Reparto gratuito. Plan de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil.

La falta de financiación de estos métodos dificulta el acceso a los mismos por parte de la población con menos recursos económicos, entre los que suelen encontrarse los grupos más vulnerables, como la población adolescente-joven y la población migrante.

Por otra parte, y además de las restricciones en cuanto a su acceso, tampoco se están desarrollando medidas y acciones de promoción de la salud que favorezcan el conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos por parte de la población, y que faciliten y promuevan una utilización adecuada de los mismos como medio para disfrutar de una sexualidad más responsable, saludable y placentera.

Solo en la época de Carnavales, la Dirección General de Salud Pública publica en las redes un cartel y spot publicitario de promoción del uso del condón, con reparto de este medio de prevención (según datos publicados en su página web 100.000 en 2016, 200.000 en 2017, no hay de 2018) en lugares concretos, dentro de su







denominada "Campaña de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados durante las fiestas de Carnaval".



En los últimos seis años no se ha realizado ninguna campaña específica de información y sensibilización en materia de anticoncepción en la Comunidad Autónoma de Canarias. Esto, unido al desmantelamiento de los servicios de orientación y asesoramiento en materia de salud sexual y reproductiva –como el Teléfono de Información Sexual, los Centros de Planificación Familiar y las Consultas Jóvenes- ha llevado a una creciente desinformación entre algunos sectores de población, especialmente aquellos con menos recursos y más vulnerables, con la consiguiente repercusión en cuanto a la incidencia de embarazos no planificados.

### La realidad de las I.V.E.S. en Canarias.

Si nos remitimos a los últimos datos disponibles sobre las interrupciones voluntarias de embarazo (I.V.E.S) correspondientes al año 2016, del total de los 5.091 abortos realizados en Canarias, el 97´5% (4.963) fueron en centros sanitarios privados, y tan solo un 2´5% (128) en centros públicos. Esto se debe a que desde el Servicio Canario de la Salud se deriva sistemáticamente a las clínicas privadas todas las interrupciones voluntarias del embarazo solicitadas "a petición de la mujer" –inferiores a las 14 semanas, y que representan la inmensa mayoría de las realizadas, mientras que en los hospitales públicos se realizan las IVES calificadas como "interrupciones por causas médicas".

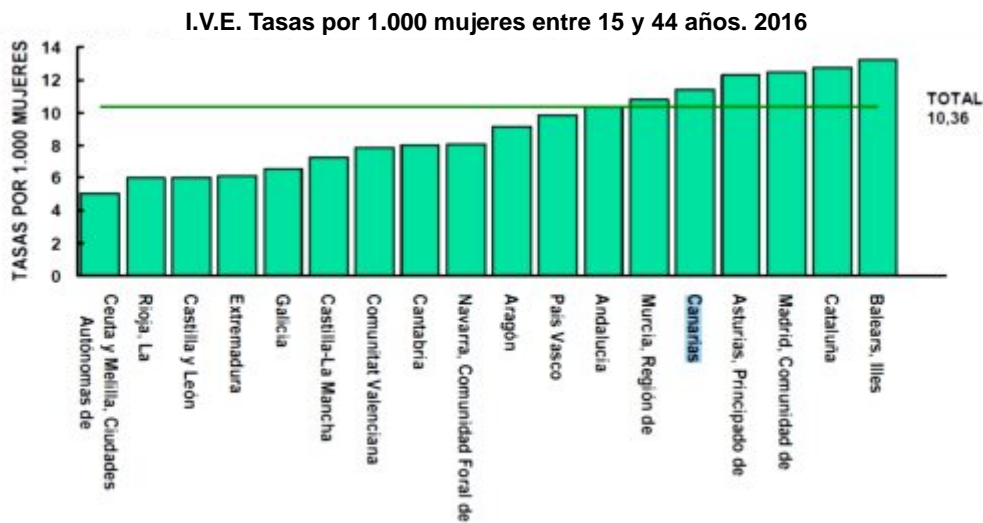
	TOTAL	HOSPITALARIO			EXTRAHOSPITALARIO		
		Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
<b>TOTAL I.V.E.</b>	5.091	132	125	7	4.959	3	4.956

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

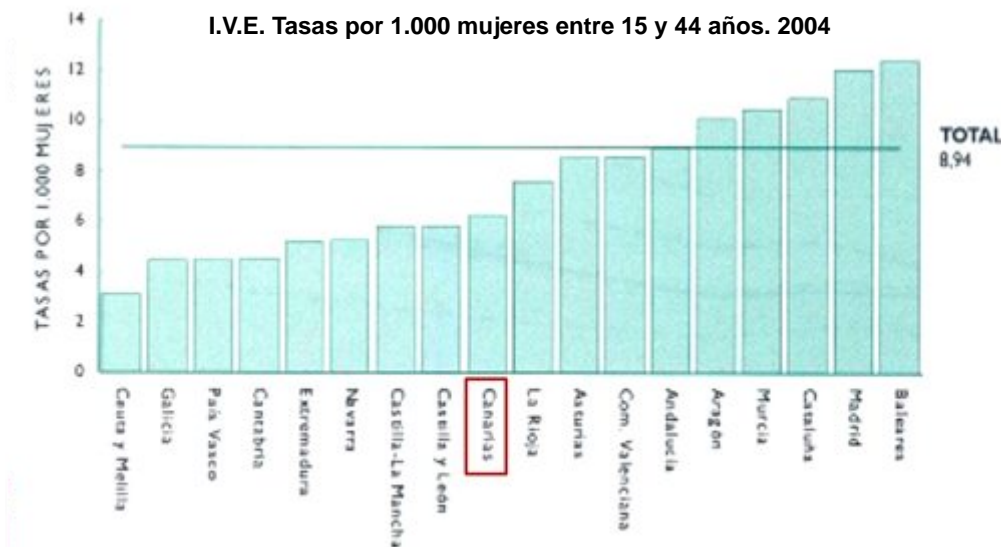


El análisis por Comunidades muestra como en 2016 Canarias ocupa el quinto lugar de mayor número de abortos, con una tasa de 11,41 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, por encima de la tasa media estatal (de 10´36 por cada mil).

Llama la atención que en el año 2004, Canarias era una de las CCAA que tenía una tasa de abortos menor que la media del conjunto del Estado español. Mientras que la tasa estatal era de 8,94 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, la tasa de las mujeres residentes en Canarias era de 6,23, lo que la ubicaba como la novena comunidad con el menor número de abortos. Como ya hemos explicado, se trata del periodo en que están funcionando el conjunto de medidas puestas en marcha por el Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad juvenil.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad





Cuatro de cada diez mujeres (43,13%) que se realizaron una IVE en 2016 tenían entre 20 y 29 años y poco más de una de cada diez eran menores de 20 años (11,2%). Esta tasa de abortos en adolescentes (menores de 20) es ligeramente superior a la tasa estatal (10,5).

2016	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>93.131</b>	<b>406</b>	<b>9.375</b>	<b>18.963</b>	<b>20.087</b>	<b>19.784</b>	<b>17.045</b>	<b>6.843</b>	<b>638</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>5.091</b>	29	541	1.026	1.170	1.065	877	338	45
Las Palmas	<b>2.684</b>	21	294	525	660	554	440	172	18
S/C de Tenerife	<b>2.407</b>	8	247	501	510	511	437	166	27

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

2016	TOTAL	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>9.781</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>73</b>	<b>325</b>	<b>744</b>	<b>1.262</b>	<b>1.610</b>	<b>2.684</b>	<b>3.075</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>570</b>	0	0	0	0	8	21	36	82	91	159	173
Las Palmas	<b>315</b>	0	0	0	0	7	14	24	44	41	81	104
S/C de Tenerife	<b>255</b>	0	0	0	0	1	7	12	38	50	78	69

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Los datos muestran un mínimo descenso en el archipiélago, respecto al año anterior (del 11,58 por mil al 11,41 por mil), bajada de abortos que se refleja desde 2011 y que responde, fundamentalmente, a movimientos migratorios, al envejecimiento de la población, al descenso del número de mujeres en edad reproductiva y al uso de la anticoncepción de emergencia.

Este descenso, no obstante, no se produce en las mujeres menores de 20 años, cuyas interrupciones crecen, con 21 abortos más que en 2015. Preocupan los 570 abortos de este colectivo (11,2 % del total), donde encontramos 238 en menores de 18 años (4,7% del total) y 65 en menores de 16 (8 de 13 años), que representan un 1,3% del total.

Desde que el Partido Popular, en el año 2015, aprobó la Reforma a partir de la cual las menores de 16 y 17 años tienen que contar con el consentimiento expreso de sus representantes legales para acceder a la IVE, entre 300 y 400 menores en el Estado español (según cálculos de ACAI) han pasado a una situación de inseguridad jurídica y física ante la imposibilidad manifiesta de no poder contar con la autorización de sus tutores legales; dado que estas jóvenes no están acompañadas por su padre o madre porque desapareció, se ausentó, emigró, está en prisión, viven en otro país, es migrante, fueron abandonadas...



Canarias tiene acreditados 5 centros públicos y 4 privados para la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Las particulares características geográficas de Canarias son un reto en términos de acceso a los servicios sanitarios en general, y en particular en el caso de la IVE. En Gran Canaria y Tenerife se ubican dos hospitales públicos y dos clínicas privadas acreditadas para IVE. En Fuerteventura hay un Hospital público también acreditado para ello.



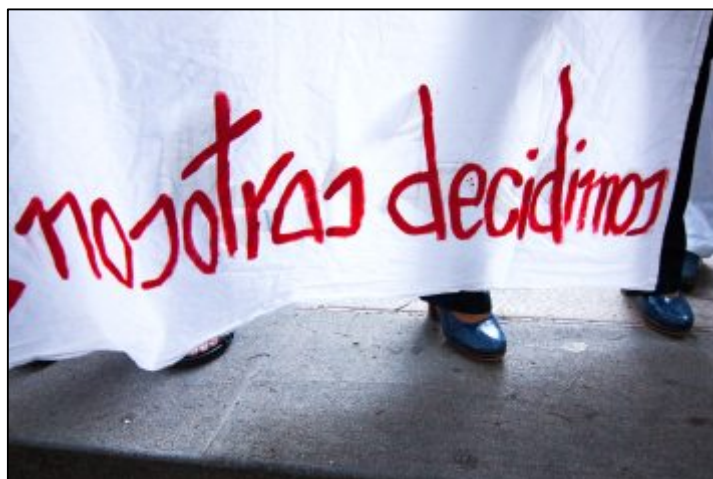
Sin embargo, debido a la política establecida por la Consejería de Sanidad, la inmensa mayoría de las IVE - 4963 de 5.91 IVEs (97,5%) - están siendo realizadas de forma concertada en las clínicas privadas. Si tenemos en cuenta que los únicos centros privados acreditados se encuentran en las islas de Tenerife y de Gran Canaria (2 en cada isla), podemos concluir que las mujeres residentes en las islas no capitalinas que quieren abortar a petición propia dentro del plazo de las 14 semanas se ven forzadas a desplazarse fuera de su isla, con las dificultades y el tiempo que ello implica, lo cual no sería necesario si dichos abortos fueran practicados en los hospitales públicos insulares.

En cuanto a las gestiones previas para acceder a la IVE, el protocolo establecido por parte del Servicio Canario de la Salud está suponiendo una seria barrera para las mujeres, ya que los trámites solo pueden realizarse en las Direcciones de Área de Salud de cada isla, lo que obliga a tener que desplazarse desde su municipio de residencia hasta la capital de la isla para poder realizar las gestiones. En la mayoría de los casos, se están requiriendo tres desplazamientos consecutivos antes de que consigan ser derivadas al centro donde se les practicará la intervención, lo que podría solventarse fácilmente si dicha solicitud pudiera ser gestionada en sus Centros de atención primaria, lo que facilitaría y simplificaría el proceso.

Asimismo, en relación a la información que según establece la ley se debe entregar a las mujeres en sobre cerrado de forma previa al consentimiento de la IVE, se constata que el Servicio Canario de la Salud está excluyendo del mismo, sin que exista justificación para ello, la relativa a los centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, así como sobre los centros en los que la mujer puede recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo. En cambio sí incluye información sobre ayudas públicas para las mujeres embarazadas, cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto, derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad y prestaciones y ayudas para el cuidado y atención de los hijos e hijas. No entendemos las razones de este sesgo, que vulnera lo establecido por la ley.

En cualquier caso, son numerosas las quejas por parte de las mujeres en relación al protocolo establecido por parte de la Administración Canaria para la gestión y práctica de la IVE, el cual, en lugar de facilitar el acceso a la prestación, complica aún más el proceso establecido en la legislación estatal, añadiendo barrera innecesarias y dificultando la integración de la IVE como una prestación más dentro de la sanidad pública.

En relación a los meses de gestación, la mayoría (3.166, 62,2% del total) se realizaron durante las primeras ocho semanas de gestación (69,8% en el Estado), rebajándose este porcentaje a un 58,6% en las menores de 15 años y a un 54,7% en mujeres de 15 a 19 años. Del total, el 35,6 %, se realizaron entre la semana 9 y 14 (1.810 abortos), rebajándose este porcentaje a un 34,5% en las menores de 15 años, que sube a un 42,9% en mujeres de 15 a 19 años.





Es decir, que un 97,8% del total se realizaron en el período que solo requiere la decisión de la mujer. Solo un 2,2 % (110 abortos) se realizaron entre la semana 15 y 22 y un 0,01 por ciento (5 abortos) por encima de las 23 semanas. En ambos casos se requieren razones médicas para poder realizar la interrupción.

	TOTAL	Semanas de gestación			
		8 o menos semanas	9-14 semanas	15-22 semanas	23 o más semanas
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>93.131</b>	<b>64.975</b>	<b>22.407</b>	<b>5.533</b>	<b>216</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>5.091</b>	3.166	1.810	110	5
Las Palmas	<b>2.684</b>	1.651	980	53	0
S/C de Tenerife	<b>2.407</b>	1.515	830	57	5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

	TOTAL	Edad							
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>Semanas de gestación</b>									
8 o menos semanas	<b>3.166</b>	17	296	637	744	661	555	223	33
9-14 semanas	<b>1.810</b>	10	232	376	410	381	286	104	11
15-22 semanas	<b>110</b>	2	13	12	15	22	34	11	1
Varios motivos	<b>5</b>	0	0	1	1	1	2	0	0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El motivo de la interrupción fue en 4.928 de los casos (96,8%) a petición de la mujer. Los casos de riesgos de graves anomalías en el feto fueron el motivo en 116 casos (2,3%), seguidos de grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada en el 0,7 por ciento de los casos (36), y anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves e incurables, 10 (0,2%).

	TOTAL	A petición de la mujer	Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	Riesgo de graves anomalías en el feto	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	Varios motivos
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>93.131</b>	<b>83.507</b>	<b>5.945</b>	<b>3.360</b>	<b>315</b>	<b>4</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>5.091</b>	4.928	36	116	10	1
Las Palmas	<b>2.684</b>	2.611	18	55	0	0
S/C de Tenerife	<b>2.407</b>	2.317	18	61	10	1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

	TOTAL	Edad							
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>2016</b>									
<b>Motivo interrupción</b>									
A petición de la mujer	<b>4.928</b>	27	528	1.012	1.148	1.029	824	316	44
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	<b>36</b>	2	8	5	6	5	6	4	0
Riesgo de graves anomalías en el feto	<b>116</b>	0	4	8	15	28	43	17	1
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	<b>10</b>	0	1	1	1	3	4	0	0
Varios motivos	<b>1</b>	0	0	0	0	0	0	1	0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría (2.983 de 5.091) lo hacían por primera vez, lo que representa el 58,6% del total, mientras que 2.108 (41,4%) habían tenido algún aborto previo. 1.414 (27,8%) uno, 466 (9,2%) había interrumpido un embarazo dos veces antes, 144 (2,8%) ya habían tenido 3 abortos, 31(0,6%) 4 abortos y 24 (0,5%), 5 o más abortos.

	Abortos voluntarios anteriores						
	TOTAL	0 abortos	1 abortos	2 abortos	3 abortos	4 abortos	5 o más abortos
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>93.131</b>	<b>58.158</b>	<b>23.049</b>	<b>7.718</b>	<b>2.514</b>	<b>896</b>	<b>796</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>5.091</b>	2.983	1.414	466	144	51	33
Las Palmas	<b>2.684</b>	1.535	769	226	95	35	24
S/C de Tenerife	<b>2.407</b>	1.448	645	240	49	16	9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

2016	TOTAL	Edad							
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>5.091</b>	<b>29</b>	<b>541</b>	<b>1.026</b>	<b>1.170</b>	<b>1.065</b>	<b>877</b>	<b>338</b>	<b>45</b>
<b>Nº abortos voluntarios anteriores</b>									
Ninguna I.V.E.	<b>2.983</b>	28	468	672	600	529	453	205	28
Una I.V.E.	<b>1.414</b>	1	62	256	384	320	284	96	11
Dos I.V.E.	<b>466</b>	0	9	76	117	146	91	22	5
Tres I.V.E.	<b>144</b>	0	2	17	42	46	30	7	0
Cuatro I.V.E.	<b>51</b>	0	0	3	13	15	13	7	0
Cinco I.V.E.	<b>33</b>	0	0	2	14	9	6	1	1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Queda evidente la necesidad de la orientación y asesoramiento en anticoncepción, tras la realización de una I.V.E., que en estos momentos no se está realizando.

2016	TOTAL	Edad							
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>5.091</b>	<b>29</b>	<b>541</b>	<b>1.026</b>	<b>1.170</b>	<b>1.065</b>	<b>877</b>	<b>338</b>	<b>45</b>
<b>Métodos anticonceptivos</b>									
Naturales	<b>9</b>	0	0	1	4	2	1	1	0
Barrera	<b>1.183</b>	8	159	205	267	247	209	77	11
Mecánicos	<b>54</b>	0	1	6	10	14	18	4	1
Hormonales	<b>1.405</b>	2	150	339	358	297	202	50	7
Otros métodos	<b>20</b>	0	0	0	1	7	10	2	0
No consta	<b>26</b>	0	4	7	4	4	4	3	0
No utiliza	<b>2.394</b>	19	227	468	526	494	433	201	26

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que recurrieron a la IVE, un 47% declaró no utilizar ninguno, situándose el porcentaje en adolescentes de 15-19 años en un 42% y en mujeres de 20-24 años en un 45,6%; elevándose hasta el 65,5% en las menores de 15 años y el 59,5% entre las mujeres de 40-44 años.

La tasa de natalidad, por su parte, ha descendido de forma importante en las islas, pasando de 10.9 nacimientos por cada mil habitantes en 2010 a 7.5 nacimientos por cada mil habitantes en 2016.

Frente a esta importante reducción de la tasa de natalidad, según datos aportados a Diario de Avisos, en abril de 2016, por la Consejería de Sanidad, en "las cifras de partos en chicas de menos de 18 años en Canarias se





observa una tendencia al alza desde 2.015 en el que se contabilizaron 120 partos de menores, 10 casos más que en 2014 y 11 más que en 2013".

AÑO	TOTAL DE NACIMIENTOS	NACIMIENTOS DE MENORES DE 15	NACIMIENTOS DE MUJERES DE 15 A 19	NACIMIENTOS DE MUJERES MENORES DE 18	NACIMIENTOS DE MUJERES MENORES DE 20
2016	16.159	4	368	¿?	372 (2,3%)
2015	16.146	5	385	120	390 (2,4%)
2014	16.398	5	396	110	401 (2,4%)
2013	15.859	10	403	109	413 (2,6%)

Fuente: ISTAC y Diario de Avisos (Consejería de Sanidad)

La preocupación por esta tendencia al alza de los embarazos de adolescentes se recoge también en el Informe de la situación del menor y la familia en Canarias (2018), en el que se cita un estudio del Instituto Canario de la Juventud (hoy Dirección General de la Juventud) que concluye que Canarias concentra el 10% de embarazos de menores de toda España.



Los datos recogidos en este informe evidencian que resulta urgente y prioritario la implementación de políticas de carácter integral que capaciten a la población para disfrutar de una sexualidad placentera y evitar embarazos no deseados.

Como hemos comentado a lo largo de este Informe, cabe citar que fue precisamente en el período 2000-2004, mientras se desarrollaban las medidas educativas y asistenciales del Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil (1997-2003) promovido por el Programa Harimaguada y puesto en marcha por el Gobierno de Canarias (con educación afectivo sexual en los centros educativos, consultas jóvenes, formación de profesionales y familias, campañas de sensibilización, materiales didácticos, planes municipales...), cuando las tasas de aborto en Canarias por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años bajaron con respecto a las del Estado (6'23 en Canarias frente al 8'94 estatal). A partir del año 2005 y en años sucesivos, coincidiendo con el desmantelamiento de las políticas en materia de derechos sexuales y reproductivos, la tasa fue subiendo de nuevo de forma progresiva, volviendo a superar a partir del 2011 la media del Estado.



	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<b>España</b>	10,36	10,40	10,46	11,74	12,01	12,44	11,71	11,41	11,78	11,49
<b>Canarias</b>	<b>11,41</b>	<b>11,58</b>	<b>11,87</b>	<b>13,03</b>	<b>12,79</b>	<b>13,16</b>	<b>10,46</b>	<b>9,36</b>	<b>10,03</b>	<b>10,74</b>

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
<b>España</b>	10,62	9,60	8,94	8,77	8,46	7,66	7,14	6,52	6,00	5,52
<b>Canarias</b>	<b>8,87</b>	<b>7,23</b>	<b>6,23</b>	<b>6,25</b>	<b>6,82</b>	<b>7,28</b>	<b>8,04</b>	<b>7,22</b>	<b>6,98</b>	<b>5,93</b>

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MSSSI

### La atención ginecológica, insuficientemente atendida.

En cuanto a la atención ginecológica ofertada desde el Servicio Canario de la Salud en los centros de atención especializada, se ha eliminado la posibilidad de acceder a revisiones ginecológicas anuales a petición de las mujeres, como parte del cuidado vinculado a la promoción de la salud sexual y reproductiva. En el año 2013, cuando solo quedaba abierto el Centro de Planificación Familiar de la Casa del Mar, las citas para Ginecología General eran para el año 2015, dato hecho público en los medios de comunicación. Hoy, evidentemente, estas listas de espera han desaparecido.

Actualmente, solo puede solicitarse consulta, a través de atención primaria, ante la existencia de una patología o situación concreta de salud que requiera de atención médica especializada, independientemente de que se trate de mujeres con una vida sexual activa y que deseen recibir dicha atención.

Asimismo, se ha producido un incremento en la edad de inicio de las pruebas diagnósticas para la detección precoz del cáncer ginecológico y del cáncer de mama.

En cuanto a las citologías de cribado del cáncer de cérvix, se están realizando por parte de las matronas, a partir de los 21 o de los 25 años, según las zonas de salud, (si bien se prevé que en el futuro se realicen todas a partir de los 25), con intervalos de 2 años a partir de la segunda citología realizada, con técnicas de fiabilidad muy mejorables. No existe un programa de cribado institucional, en el que se les solicite la citología a la edad establecida y se sigan los controles según protocolo, sino que se hace de forma heterogénea.



En cuanto a las mamografías, si bien en décadas anteriores la edad de cribado se iniciaba a los 40 años, actualmente –y salvo que existan antecedentes

familiares de dicha enfermedad- no comienzan a realizarse hasta los 50 años, y a partir de ahí a intervalos de cada dos años hasta los 69, lo que implica que se ha retrasado en 10 años la edad de realización de la primera mamografía para la detección precoz de un posible cáncer de mama.

Sin embargo, según los últimos estudios, en torno al 20% de los nuevos diagnósticos de cáncer de mama son en mujeres menores de 45 años, incidencia que aumenta un 1,7% por año (en el periodo 1980-2004), según una investigación publicada en 2010 por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Así mismo, diversos informes afirman que el cáncer de mama en mujeres más jóvenes tiende a ser más agresivo.

Por ello, algunas comunidades, como Castilla-La Mancha y Navarra, ya han disminuido la edad de inicio del cribado a los 45 años. Sería importante que la Comunidad canaria se lo planteara, junto a la necesidad de implementar programas de educación para la autoexploración mamaria.





Otro aspecto de la salud ginecológica insuficientemente atendido es el relativo a la menopausia, en torno a la cual sigue persistiendo una excesiva medicalización. Si bien la atención al climaterio queda recogida dentro del PASAR, la falta de personal y de medios ya mencionada dificulta que, en la práctica, se pueda contar con tiempos y recursos suficientes para una adecuada atención a la misma, así como para el desarrollo de acciones continuadas de promoción de la salud que incluyan pautas y recomendaciones en cuanto a estilos de vida que faciliten la vivencia de esta etapa de forma satisfactoria por parte de las mujeres.

### Queda mucho por hacer en la atención a los embarazos y partos deseados.

Por lo que se refiere al embarazo deseado, el apoyo sanitario al mismo se está prestando fundamentalmente desde los Centros de Atención Primaria a través de las matronas, sobre las que recaen tanto los programas de preparación a la maternidad y la paternidad, como los de atención al embarazo, parto y puerperio.



Si bien se trata de profesionales que cuentan con una alta capacitación y que proporcionan apoyo y acompañamiento para que cada mujer pueda ser protagonista de su propia maternidad, se hace necesario incrementar el número de matronas para adecuarlo a las necesidades existentes, en relación al volumen de población de las diferentes áreas de salud. Esto resulta indispensable para que puedan desempeñar plenamente sus funciones y se pueda garantizar los mismos servicios y prestaciones a todas las mujeres, independientemente de su lugar de residencia. Uno de los aspectos a mejorar, a través de una adecuada dotación de recursos, sería la ampliación de los horarios de los programas de preparación al parto, a fin de que sean compatibles con los horarios laborales, garantizando el acceso de todas las personas en condiciones de equidad.

En cuanto a la atención hospitalaria al parto, en el mes de octubre del año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPNSNS), que tras su aprobación por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a pesar de no ser un documento legal, se convierte en el documento donde se plasman las directrices que sirven de guía para el personal sanitario.

Desde el año 2009 el Servicio Canario de Salud empezó a desarrollar estas recomendaciones, según sus propios documentos "con objeto de mejorar la calidad y calidez de la experiencia y del proceso del parto y tener en cuenta la participación activa de las mujeres y aumentar su protagonismo mediante la toma de decisiones compartida".

En el año 2010 elaboró el Protocolo de Atención al Parto Normal, de implantación en la Comunidad Autónoma de Canarias, como instrumento que unificara los criterios de actuación e implementación de las orientaciones de la EAPNSNS en todos los centros hospitalarios materno-infantiles del Servicio Canario de la Salud.

Posteriormente, se elaboró el Plan de Parto y Nacimiento, que es el documento que recoge las





preferencias, necesidades, deseos y expectativas de la embarazada sobre su parto y el momento del nacimiento, que se incorporó en el año 2016 a la cartilla de la embarazada.

A lo largo de estos años se han ido produciendo cambios en el modelo asistencial, ganando espacio la idea de que para ofrecer una atención de calidad, el parto debe desarrollarse en un entorno seguro, íntimo y amigable. Este nuevo modelo aspira a que se aborde este proceso desde una visión más fisiológica y con menos intervención, siempre que sea posible, ofreciendo una atención personalizada e integral, que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, y que sea respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.

Sin embargo, hay un desfase entre la teoría y la práctica. Algunas de las recomendaciones sanitarias reflejadas en la Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud (EAPNSNS) se aplican con asiduidad como no rasurar, no usar enema, permitir la ingesta de líquidos, el contacto piel con piel, el acompañamiento, la promoción de la lactancia materna... Sin embargo, la práctica de procedimientos durante el parto sobre el que no se facilita información suficiente a la mujer, el uso de vías, de epidural, la práctica de episiotomías... sin consentimiento, la obligación de permanecer en la cama sin poder caminar o cambiar de posición, la elección de posición durante el parto, el éxito de la lactancia, el sentimiento de poca atención por parte del personal sanitario... contravienen estas recomendaciones de la EAPNSNS, e incluso la legislación (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP)).



Especial interés tienen las cifras relativas a las cesáreas practicadas. Según datos del Servicio Canario de la Salud procedentes del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE 2015), se sigue constatando que la tasa de cesáreas se sitúa, en el caso de Canarias, en un 18'72% en los hospitales públicos, y en un 32'36% en los hospitales privados concertados. Si bien la tasa en los centros públicos es bastante más acorde a lo recomendado por la OMS, en ambos casos se supera la tasa recomendada por dicho organismo, que no debería sobrepasar el 10-15%. En cualquier caso, llama la atención la disparidad de criterios según el tipo de centro hospitalario –público o privado– en el que se lleve a cabo el parto, colocando a las mujeres en una situación de inequidad en función del centro que le corresponda según su zona de residencia.



Las razones de estos incumplimientos se vinculan fundamentalmente a la falta de personal, la sobrecarga asistencial, la adecuación de los espacios e infraestructuras, la formación de las y los profesionales y la falta de coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

Las consecuencias del exceso de medicalización del parto son la pérdida de autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y su sexualidad, sobre su experiencia de maternidad, parto, puerperio y lactancia, influyendo negativamente en su calidad de vida. Se hacen necesarios estudios que visibilicen indicadores de riesgo y protección, prácticas negativas y/o mejorables... que puedan hacer del parto una vivencia positiva para la gestante y para la criatura.

En relación a los servicios de reproducción asistida, en el Estado español, la reproducción asistida se rige



por la ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. El art.6 de dicha Ley establece que la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

Posteriormente, el Partido Popular aprobó una reforma, a través de la modificación de la cartera de servicios, en la Orden Ministerial 2065/2014, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, bloqueando así el derecho de estos tratamientos, en su apartado 5.3.8.1, estableciendo como criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA:

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

En Canarias existen 3 centros sanitarios públicos en los que se ofrecen estos tratamientos, frente a 7 centros privados. Las Unidades de Reproducción Asistida dependientes del Servicio Canario de la Salud están ubicadas en Hospitales públicos –dos en Tenerife y una en Gran Canaria-.

Los criterios para el acceso en el sistema público implican, entre otros, un límite de edad de 40 años para las mujeres y de 55 años para los hombres, un índice de masa corporal mayor de 19 y menor de 30, no tener hijos o hijas comunes de la misma pareja, y llevar más de un año de relaciones sexuales coitales sin protección anticonceptiva (en caso de parejas heterosexuales), siendo accesible el servicio, en el caso de Canarias, a las parejas de mujeres y a las mujeres sin pareja.

El tiempo de espera varía en función del centro del que se trate, así como del tipo de tratamiento. En general, estos tiempos de espera, que en Canarias no están siendo largos, perjudican a aquellas mujeres que se encuentran próximas al límite de edad (40 años), algunas de las cuales tienen que acabar recurriendo a los centros privados, donde estos tratamientos se realizan hasta los 45-50 años.

En la mayoría de las técnicas de reproducción asistida, el número máximo de ciclos es de 3, a excepción de la inseminación artificial, que pueden variar entre 4 y 6 ciclos, dependiendo siempre de cada caso concreto.

Tampoco en la reproducción asistida hay equidad territorial. Quienes acceden a esta prestación desde las islas no capitalinas, han de desplazarse a Tenerife y Gran Canaria, con los correspondientes perjuicios que ello ocasiona.

En relación con los Bancos de Semen, el Servicio Canario de Salud tiene un concierto con un Banco privado de Granada, de donde se trae, almacenándose en nuestros Hospitales. Llama la atención la siguiente denuncia que hemos encontrado:

Es seguro | <https://www.reproduccionasistida.org/hospital-nuestra-senora-de-la-candelaria/>

---

**31 comentarios**

 volver

**Clínicas en Santa Cruz de Tenerife**

 **Cathyeli**  
07/06/2018 a las 21:49

Hola buenas tardes por decir algo... hoy mi mujer y yo hemos asistido despues de 4 meses a la primera cita de reproducción asistida al hospital de la candelaria. Y cual es nuestra sorpresa? Que siendo de la seguridad social nos quieren cobrar 450€por sacar el semen del banco de esperma... nosotras pagamos nuestra seguridad social y no vemos justo que se nos haga esto. No lo hacemos por privado por que no nos lo podemos permitir y vamos a este hospital y resultase q es el único de canarias que cobra dicho servicio. No nos dejan hacerlo en el universitario por que estamos empadronadas en santa cruz...alguien me podría explicar el por que de esta situación?



Contrastada la información, comprobamos que es cierta y que el precio de la prestación de este servicio lo decide la Gerencia de cada Hospital. Una clara falta de equidad para las mujeres que, dependiendo del Hospital que les corresponda, han de pagar o no.

En el caso de la donación de ovocitos, no existen bancos en los centros públicos. Ésta se rige por el Decreto Ley 9/2014 relativo a la donación de células y tejidos humanos.

Según información recogida en prensa, en febrero de 2018, los 3 hospitales canarios realizaron en el año 2016 un total de 2.599 ciclos de inseminación. En La Candelaria, 180 ciclos de inseminación artificial, pues en este Hospital no se realiza fecundación in vitro (FIV). El Hospital Universitario de Canarias realizó 1.268 ciclos de diferentes técnicas de reproducción asistida y el Hospital Materno Infantil, 1.151.

Si atendemos a las declaraciones del director de una Clínica privada que realiza estas técnicas, la estimación de ciclos que se realizan en la privada al año es de 2.000 en cada provincia.

Según el Informe sobre Técnicas de Reproducción Asistida realizado en 2015 a nivel estatal por la Asociación Pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales (ADECES), el establecimiento de restricciones -cada vez más numerosas- para el acceso a la reproducción asistida en la sanidad pública no es totalmente ajeno a los recortes económicos que se han venido operando en relación a las políticas sanitarias. Así, se han ido introduciendo progresivamente una serie de criterios que previamente no existían en la ley, y que sirven de excusa a la hora de limitar el cada vez mayor número de personas que, ante el aumento de los problemas de infertilidad o como resultado de una opción personal desean acceder a la reproducción asistida, sin que desde la sanidad pública se haya procedido a incrementar la dotación y los medios disponibles en las unidades de reproducción en funcionamiento.

En cuanto a la mercantilización que se produce en torno a estas técnicas en la sanidad privada, se siguen detectando problemas con respecto a la donación de óvulos, a la que en tiempos de crisis como los actuales muchas jóvenes recurren como forma de obtener un ingreso, sin que se les esté informando adecuadamente acerca de los posibles riesgos y consecuencias para su salud, y por las que se está pagando a las donantes cantidades que oscilan entre los 600 y los 1.000 euros, frente a los 5.000-8.000 euros que se acaba cobrando posteriormente a las mujeres que recurren en centros privados a los tratamientos de ovodonación.





## Realidad, prevención y tratamiento de las ITS y VIH-SIDA en Canarias.

Por lo que se refiere a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA, las acciones preventivas realizadas han estado orientadas fundamentalmente al desarrollo de campañas puntuales, centradas en la promoción del uso del preservativo y su distribución gratuita a través de entidades colaboradoras, así como instando a la vacunación frente a determinadas ITS, desarrolladas fundamentalmente a través de redes sociales, y dirigidas a poblaciones diana definidas. Más allá de esto, se carece de políticas preventivas continuadas, sustentadas en programas y servicios de información, sensibilización y prevención de carácter estable, que puedan tener un verdadero impacto en toda la población y que la capaciten para un ejercicio de la sexualidad placentero, responsable y libre de riesgos.

Como consecuencia de ello, nos encontramos los siguientes datos:

	<b>Gonocócica</b>	<b>Chlamydia T.</b>	<b>Sífilis</b>	<b>Hepatitis A</b>	<b>VIH</b>
<b>2016</b>	<b>177</b>	<b>37</b>	<b>107</b>	<b>4</b>	<b>307</b>
<b>2017</b>	<b>299</b>	<b>79</b>	<b>295</b>	<b>353</b>	<b>¿?</b>

Fuente: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI)

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha registrado un aumento del número de personas afectadas por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Las ITS representan un importante problema de salud pública no solo por su magnitud, sino por sus complicaciones y secuelas. Así lo advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además manifiesta que es imprescindible realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías.

El número de ITS diagnosticadas continúa aumentando cada año. Resulta preocupante el incremento producido en el 2017, respecto a 2016.

Del Informe "Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual", 1995-2016 de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI), en el cual están incluidos los datos de Canarias, publicado en mayo de 2018, extraemos algunas de sus conclusiones y datos de interés:

- Hay una tendencia creciente de la infección gonocócica, observada a partir del inicio de la década de 2000.
- En el caso de la sífilis, se observa un estancamiento a niveles altos desde el año 2011.
- Se muestra una mayor afectación en hombres que en mujeres a excepción de la infección por Chlamydia trachomatis.
- La mayoría de los casos se produjeron en personas adultas jóvenes aunque se observan algunas diferencias según enfermedad.





**Tabla 9: Situación epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis, infección por *C. trachomatis* y LGV. España, 2016**

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. Trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	19	19	15	12
Tasa por 100.000 habitantes	13,89	7,22	17,85	0,73
Razón hombre/mujer	5,1	9,0	0,9	16,7
Porcentaje de hombres	83,7%	89,9%	47,3%	94,4%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	27,9%	14,7%	37,7%	10,5%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 hab.*	56,12	17,54	93,97	1,45

\*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia

- En el año 2016 se notificaron 6.456 casos de infección gonocócica (tasa: 13,89 por 100.000 habitantes). Al analizar los datos en el periodo 1995-2016, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 (desde 11,69 en 1995 hasta 2,04 en el 2001) seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha, que se hace más llamativo a partir de 2012.
- En el año 2016 se notificaron 3.357 casos de sífilis (tasa: 7,22 por 100.000 habitantes). En el periodo de estudio, se observa un descenso en las tasas de incidencia desde 1995 hasta 2001 (desde 2,57 hasta 1,77 por 100.000 habitantes) seguido de un aumento a partir de ese año hasta 2011. Entre 2011 y 2016 las tasas están estabilizadas.

**Tabla 1. Infección gonocócica**  
Número de casos y tasas por 100. 000 habitantes  
España, 1995-2016

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	4.599	11,69
1996	3.951	10,02
1997	2.352	5,98
1998	2.169	5,51
1999	1.469	3,73
2000	1.045	2,65
2001	805	2,04
2002	833	2,11
2003	1.069	2,70
2004	980	2,47
2005	1.155	2,91
2006	1.423	3,23
2007	1.698	3,78
2008	1.897	4,16
2009	1.954	4,25
2010	2.306	5,01
2011	2.640	5,72
2012	3.044	6,59
2013	3.315	7,12
2014	4.562	9,82
2015	5.170	11,14
2016	6.456	13,89

**Tabla 3. Sífilis**  
Número de casos y tasas por 100. 000 habitantes  
España, 1995-2016

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	1.010	2,57
1996	825	2,09
1997	763	1,94
1998	772	1,96
1999	682	1,73
2000	700	1,77
2001	700	1,77
2002	734	1,86
2003	917	2,32
2004	1.156	2,92
2005	1.344	3,39
2006	1.711	3,91
2007	1.936	4,38
2008	2.545	5,70
2009	2.506	5,56
2010	3.187	7,00
2011	3.522	7,64
2012	3.641	7,89
2013	3.723	8,00
2014	3.568	7,69
2015	3.886	8,37
2016	3.357	7,22

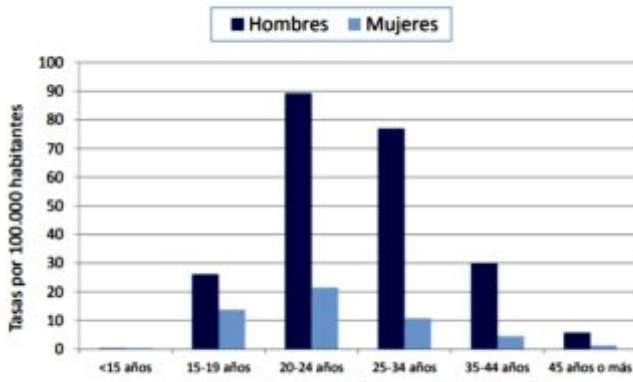
Fuente: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI)

- En el año 2016 se notificaron 7.162 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (tasa: 17,85 casos por 100.000 habitantes).



- El 83,7% (5.006 casos) de Infección gonocócica en el año 2016 fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 5,1. Las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad. Las tasas más elevadas se observaron entre los 20 y 24 años (89,24 casos por 100.000 en hombres y de 21,56 por 100.000 en mujeres).

Figura 4. Infección gonocócica.  
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 2. Número y porcentaje de casos de infección gonocócica por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	12 (0,2)	13 (1,3)	25 (0,4)
15-19 años	284 (5,7)	141 (14,5)	425 (7,1)
20-24 años	989 (19,8)	229 (23,5)	1.218 (20,4)
25-34 años	2.042 (40,8)	287 (29,5)	2.329 (38,9)
35-44 años	1.116 (22,3)	164 (16,8)	1.280 (21,4)
45 o más años	563 (11,2)	140 (14,4)	703 (11,8)
<b>TOTAL</b>	<b>5.006 (100)</b>	<b>974 (100)</b>	<b>5.980 (100)</b>

\*No incluidos 3 casos sin información sobre sexo

Fuente: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI)

- El 89,9% (2.189) de los casos de sífilis en 2016 fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 9. El grupo de edad con las tasas más altas fue el de 25 a 34 años. Las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años en hombres (32,10 casos por 100.000) y en mujeres (4,06 por 100.000).

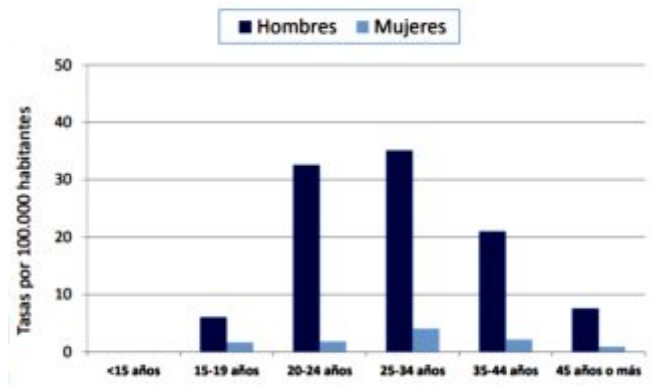
Figura 8. Sífilis.  
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016

Tabla 4. Número y porcentaje de casos de sífilis por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	0 (0,0%)	1 (0,4%)	1 (0,0%)
15-19 años	50 (2,3%)	13 (5,3%)	63 (2,6%)
20-24 años	278 (12,7%)	15 (6,2%)	293 (12,1%)
25-34 años	716 (32,8%)	82 (33,7%)	798 (32,8%)
35-44 años	590 (27,0%)	59 (24,3%)	649 (26,7%)
45 o más años	552 (25,3%)	73 (30,0%)	625 (25,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>2.186 (100%)</b>	<b>243 (100%)</b>	<b>2.429 (100%)</b>

\*No incluidos 3 casos sin información sobre sexo

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica



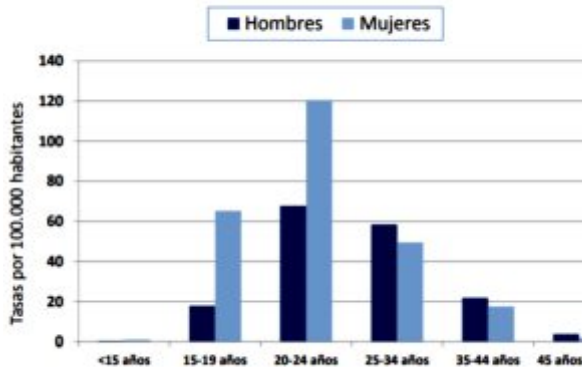
Fuente: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI)

- De los 7.112 casos de Infección por Chlamydia trachomatis con información disponible sobre sexo, el 52,8% (3.756 casos) fueron mujeres y la razón hombre: mujer fue de 0,9. Entre las mujeres, la tasa más elevada se produjo entre los 20 y 24 años (120,61 casos por 100.000) y entre los hombres, entre los 20 y 24 años (67,83 casos por 100.000).





Figura 11. Infección por *Chlamydia trachomatis*. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 6. Número de casos y porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis* por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	14 (0,4%)	30 (0,8%)	44 (0,6%)
15-19 años	178 (5,3%)	610 (16,2%)	788 (11,1%)
20-24 años	684 (20,4%)	1.167 (31,1%)	1.851 (26,0%)
25-34 años	1.408 (42,0%)	1.193 (31,8%)	2.601 (36,6%)
35-44 años	738 (22,0%)	578 (15,4%)	1.316 (18,5%)
45 o más años	334 (10,0%)	178 (4,7%)	512 (7,2%)
<b>TOTAL</b>	<b>3.356 (100%)</b>	<b>3.756 (100%)</b>	<b>7.112 (100%)</b>

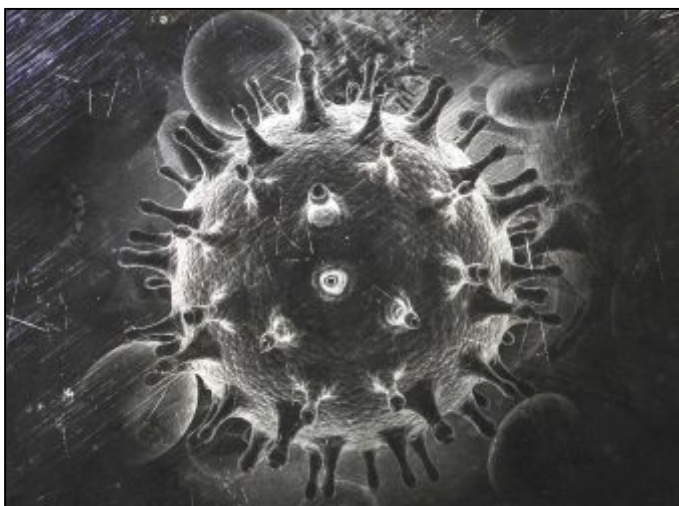
\*No incluidos 50 casos sin información sobre edad y/o sexo.

Fuente: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (MSSSI)

En relación a la hepatitis A, en Canarias en 2017, el 80% de los casos contabilizados fueron de varones entre 20 a 44 años de edad, que ha sido vinculado en su origen y difusión inicial a la transmisión sexual principalmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Del total de casos notificados a 27 agosto de 2017 (249), 81 (33,7%) precisaron ingreso hospitalario. Se registró un fallecimiento en un varón de 53 años.

La infección por el VIH en Canarias presenta un mecanismo de transmisión sexual casi en la totalidad de los casos.

Según los datos recogidos en el Boletín epidemiológico sobre VIH de junio 2017 de la Dirección General de Salud Pública, en 2016, han sido diagnosticadas y notificadas 307 nuevas infecciones por VIH. Casi siete de cada 10 casos de nuevas infecciones que se detectan en Canarias en los últimos años corresponde al perfil de: varón, de entre 20 y 39 años, que ha adquirido la infección por relaciones sexuales desprotegidas con otros hombres.



**DÍA MUNDIAL DEL SIDA**  
1 DICIEMBRE 2017








**Ante la discriminación,  
sonríjate.**

#ceroVIHcanarias

Cada año en Canarias, alrededor de 300 personas, mujeres y hombres, jóvenes y adultos adquieren la infección por el VIH. Usar condones y lubricantes, disminuir el número de parejas sexuales, acudir a la prueba de detección y hacerse la prueba son decisiones responsables y saludables.

visita [www.spcivhcanarias.com](http://www.spcivhcanarias.com)







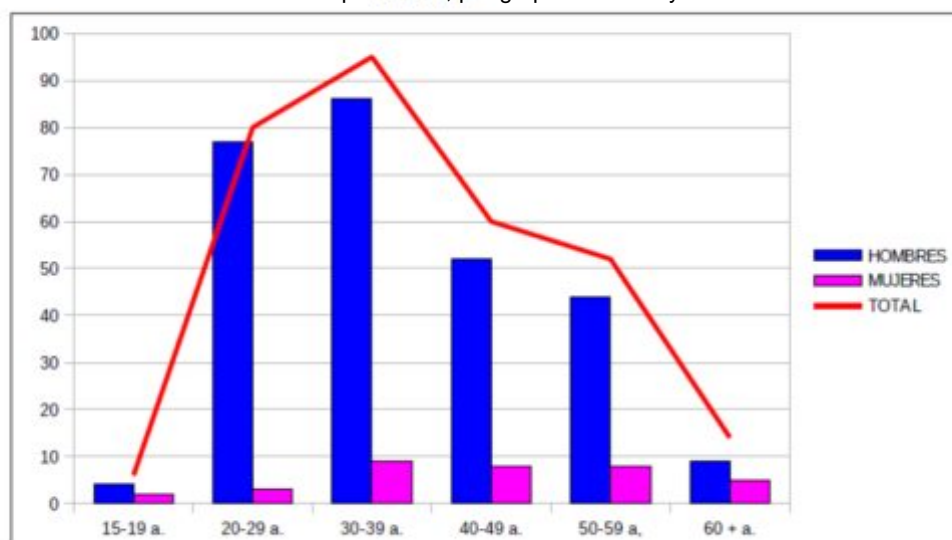

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.  
PID: Personas que se inyectan drogas.

Fuente: Boletín epidemiológico VIH, nº 7. Junio 2017.



En el año 2016, en cuanto a las variables de edad y sexo, en hombres los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre los 30-39 años (31,6%) y 20-29 años (28,3%), mientras que en mujeres el grupo de edad más afectado es el de 30-39 años (25,7%). El mantenimiento de la infección por el VIH entre la población de 20 a 39 años evidencia que cada vez más jóvenes contraen el virus y preocupa su detección tardía (en 2016 un 44% de los casos).

Nuevas infecciones por el VIH, por grupos de edad y sexo. Año 2016

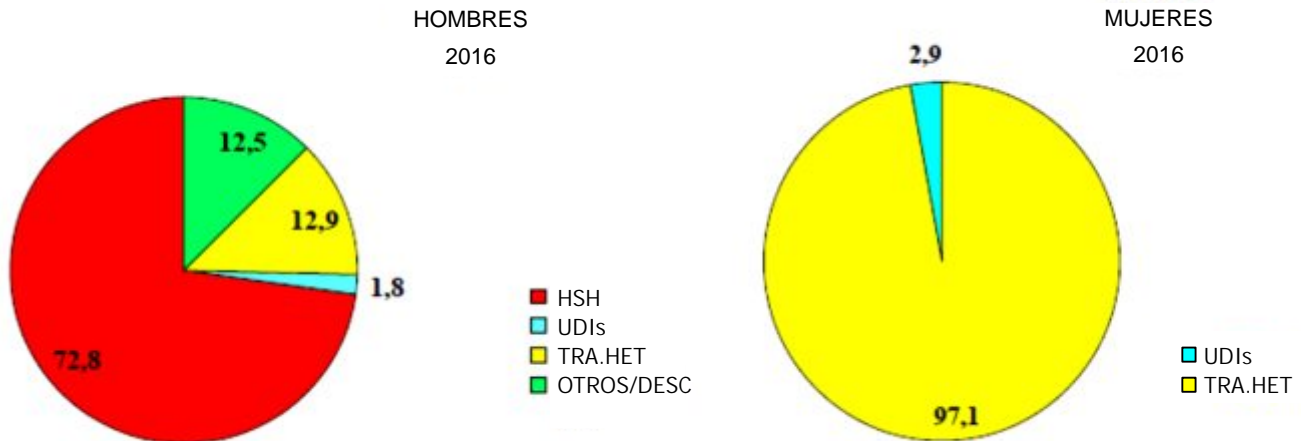


Fuente: Boletín epidemiológico sobre VIH de junio 2017 de la Dirección General de Salud Pública

Por categoría de transmisión y en el conjunto de ambos sexos, la transmisión sexual supone el 90,6%, de los cuales el 67,2% son HSH, y el 32,8% heterosexuales. Según sexos, en hombres el 72,8% tienen un factor de transmisión HSH mientras que el 12,9% es heterosexual. En mujeres, el 97,1% presenta un mecanismo de transmisión heterosexual.



Nuevas infecciones por el VIH, por categoría de transmisión y sexo. Año 2016



Fuente: Boletín epidemiológico sobre VIH de junio 2017 de la Dirección General de Salud Pública. SCS.

El número de infecciones de VIH declaradas desde el año 2000 es de 4.482. Los datos epidemiológicos en Canarias indican que el número de nuevas infecciones por VIH al año oscila entre los 250-300 nuevos casos anuales, alcanzándose el valor máximo en el año 2014, con 373 nuevas infecciones diagnosticadas.

En Canarias, por tanto, como en el resto del Estado español y la Región Europea de la OMS, la infección por VIH se transmite, en su mayoría, por vía sexual. Dentro de ella, se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH: Predominio de casos de transmisión heterosexual sobre la homosexual hasta el año 2005. A partir de 2006, la tendencia es ascendente en hombres que tienen sexo con hombres.

VIH, casos según Categoría de transmisión y años. Canarias. 30.06.2017

Categoría de Transmisión	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
HSH	63	35,0	62	29,2	75	34,1	64	34,2	87	39,2	113	45,9	138	46,8	175	56,1
UDIs	39	21,7	43	20,3	39	17,7	24	12,8	26	11,7	24	9,8	28	9,5	22	7,1
HSH + UDIs	1	0,6	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	2	0,7	0	0,0
HMR	2	1,1	0	0,0	1	0,5	3	1,6	2	0,9	2	0,8	3	1,0	0	0,0
TRA-HET	72	40,0	91	42,9	89	40,5	83	44,4	97	43,7	99	40,2	101	34,2	101	32,4
OTROS/DESC	3	1,7	15	7,1	16	7,3	13	7,0	10	4,5	6	2,4	23	7,8	14	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	<b>212</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>187</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>246</b>	<b>100</b>	<b>295</b>	<b>100</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	Total
201	56,5	161	60,3	170	63,0	153	62,2	140	65,4	181	59,7	238	63,8	185	68,0	198	64,5	2.404
16	4,5	15	5,6	17	6,3	14	5,7	11	5,1	6	2,0	10	2,7	2	0,7	6	2,0	342
0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18
124	34,8	83	31,1	71	26,3	73	29,7	56	26,2	84	27,7	89	23,9	66	24,3	69	22,5	1.448
12	3,4	8	3,0	11	4,1	4	1,6	6	2,8	32	10,6	36	9,7	19	7,0	34	11,1	262
<b>356</b>	<b>100</b>	<b>267</b>	<b>100</b>	<b>270</b>	<b>100</b>	<b>246</b>	<b>100</b>	<b>214</b>	<b>100</b>	<b>303</b>	<b>100</b>	<b>373</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>307</b>	<b>100</b>	<b>4.482</b>

Fuente: Boletín epidemiológico sobre VIH de junio 2017 de la Dirección General de Salud Pública



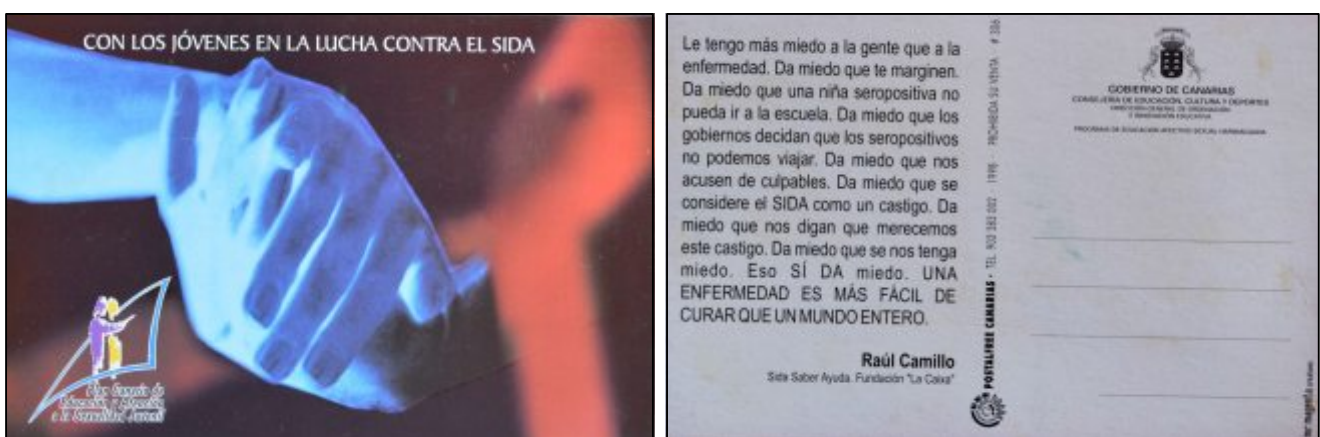


Las explicaciones que el personal técnico de la Dirección General de Salud Pública y personas expertas dan al mantenimiento de estas cifras, a pesar de que se conocen los mecanismos de transmisión y los medios eficaces para prevenir estas infecciones, son: el temprano inicio de las relaciones sexuales en edades en las que la percepción de riesgo es menor, la confianza en que la otra persona está sana, el aumento del número de contactos sexuales, el que muchas infecciones de transmisión sexual pasan desapercibidas para la persona infectada, ya que son asintomáticas, el incremento de los movimientos de las personas de unos países a otros llevando estas infecciones y transmitiéndolas o infectándose allí, que el SIDA se ha convertido en una patología crónica gracias en gran medida al desarrollo de los retrovirales, la baja utilización del preservativo en todos los rangos de edad... y la falta de programas estructurados en salud sexual, lo que hace que las personas, sobre todo la población juvenil, se nutra de fuentes de información no fiables existentes en las redes sociales que favorecen las dudas relacionadas con la transmisión y la prevención.

Ante esta realidad, es la misma Dirección General de Salud Pública la que en todas sus declaraciones insiste en la necesidad de implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión sexual de estas infecciones, y en especial del VIH, dado que en la mayoría de los casos, también se produce por esta vía.

En cuanto a la parte asistencial, los recortes en materia sanitaria de los últimos años han tenido como consecuencia el desmantelamiento por parte de la Consejería de Sanidad del Programa de Atención a las ITS y VIH-SIDA. El cierre de dicho Programa –desde el que se llevaban a cabo funciones de detección precoz y asistencia temprana- se ha intentado paliar, por un lado, con la puesta en marcha de campañas de detección del VIH en entornos no clínicos en colaboración con distintas ONGs, facilitándose la realización de la prueba rápida en las sedes o locales de los propios colectivos. Y por otro, tratando de derivar parte de las funciones al personal médico de los Centros de Atención Primaria, si bien la falta de formación específica y la sobrecarga de trabajo de dichos profesionales, así como las reticencias de las propias personas afectadas a acudir a su Centro de salud para hacerse las pruebas de detección precoz, han hecho que en la práctica este modelo no haya resultado viable.

Según datos de la Dirección General de Salud Pública, durante 2016 se realizó el seguimiento clínico en los Hospitales del Servicio Canario de la Salud a 6.027 personas con VIH, lo que supuso un gasto en tratamiento de antirretrovirales de más de 36 millones de euros.



Postal Campaña del Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil

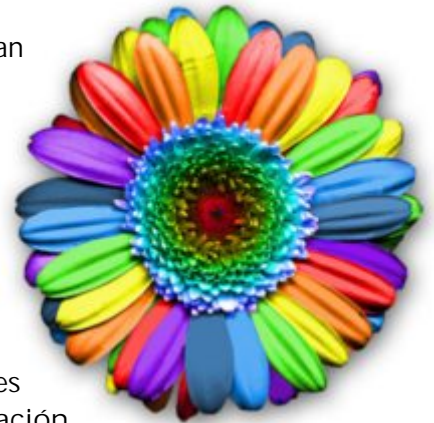




## La atención al derecho a la autodeterminación de la identidad.

Por lo que se refiere a la atención a la transexualidad, se mantiene una concepción patologizante de la transexualidad, pues el diagnóstico de salud mental sigue siendo una obligación legal previa para el reconocimiento de la identidad de género sentida. Dentro del sistema sanitario público de Canarias se cuenta con dos Unidades Funcionales de Atención a Personas Tran-sexuales (Unidades de Identidad de Género), una por provincia, integradas por profesionales de distintas disciplinas (endocrinología, cirugía plástica, ginecología, urología, psicología, psiquiatría...), así como con un Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales, en el que se establecen los circuitos de coordinación y las líneas de actuación a seguir desde los distintos ámbitos asistenciales, incluida la información, derivación, acompañamiento y seguimiento a realizar desde los equipos de atención primaria, las unidades de salud mental comunitarias y los equipos de atención especializada a lo largo de todo el proceso.

Sin embargo, uno de los principales problemas radica en que no se han establecido las condiciones previas y necesarias por parte del Servicio Canario de la Salud para garantizar la formación en materia de transexualidad de los y las profesionales sanitarios que han de llevar a cabo estas funciones. Esto ha dado lugar, por un lado, a que dentro de las propias Unidades Funcionales estén interviniendo, en algunos casos, profesionales que carecen de la necesaria formación especializada y de experiencia acreditada en esta materia. Y por otro, a que desde los equipos de atención primaria no se cuente con la información y la formación adecuada para poder abordar las funciones que se les asignan en el protocolo. Se incumple así lo establecido en la legislación



autonómica en esta materia, en la que se especifica tanto el derecho de los y las profesionales sanitarios a recibir formación específica de calidad en materia de transexualidad, como el derecho de las personas transexuales a ser atendidas por profesionales con experiencia suficiente y demostrada.

Por otro lado, aunque la ley canaria garantiza la cobertura tanto del tratamiento hormonal como del tratamiento quirúrgico, hasta el momento en los centros hospitalarios de Canarias solo se realizan a nivel quirúrgico las histerectomías, mastectomías y mamoplastias, derivándose la operaciones de reconstrucción genital al Servicio Andaluz de la Salud, lo que origina unos tiempos de espera que puedan llegar a durar años, puesto que las personas derivadas han de volver a ser valoradas y entrar en las correspondientes listas de espera. Esto hace que en muchas ocasiones se acabe por abandonar el sistema público y se acuda a centros sanitarios privados, tanto en territorio español como en el extranjero.

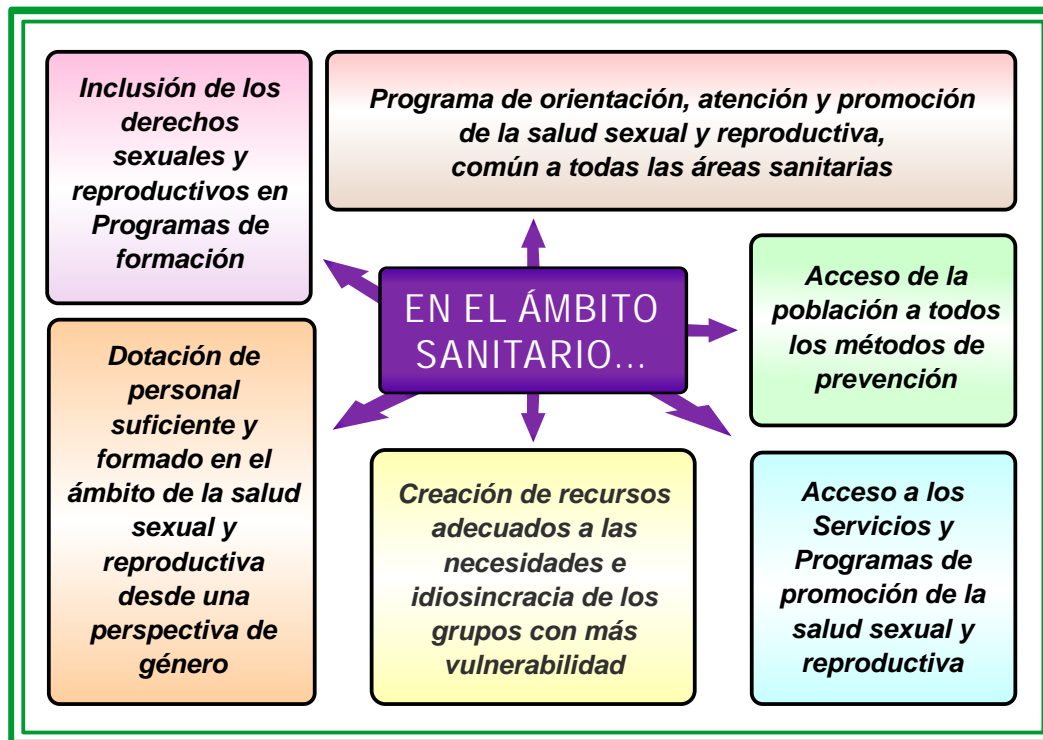
En cuanto a las operaciones realizadas en el Servicio Canario de la Salud, las principales quejas se están produciendo en relación a las operaciones de cirugía mamaria, tanto por los tiempos de espera, como por los casos en los que las intervenciones se llevan a cabo por profesionales que carecen de formación específica sobre la realidad transexual, con los consiguientes perjuicios para las personas intervenidas.





## La formación de las y los profesionales.

Como hemos constatado a lo largo del Informe, la formación de los y las profesionales del ámbito sanitario en materia de salud sexual y reproductiva – tanto de carácter genérico como específico- no está constituyendo en la actualidad una prioridad dentro de la Consejería de Sanidad, ofertándose solo con carácter esporádico, vinculada normalmente a la publicación de determinados documentos o guías clínicas, y realizándose habitualmente en formato online, lo que dificulta el intercambio de conocimientos, la transferencia de buenas prácticas y el enriquecimiento mutuo entre profesionales.



## Escasa difusión de los servicios existentes en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Por último, tampoco se está promoviendo una adecuada difusión de los servicios existentes en materia de derechos sexuales y reproductivos entre la población. La información ofrecida a través de las páginas web de distintas administraciones no está actualizada, por lo que resulta confusa, ofertándose recursos que ya no están activos, y siendo complicado averiguar a dónde dirigirse para obtener un determinado servicio o prestación.

© No es seguro | [www.juventudcanaria.com/juventudcanaria/temas/sexualidad/](http://www.juventudcanaria.com/juventudcanaria/temas/sexualidad/)





## Sexo seguro

Información ▾

Recursos ▲

### Programa Regional de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA

Teléfono de información 902 11 44 44 de 10:00 a 22:00 horas.

Este Programa pertenece al Servicio Canario de Salud y es atendido por un equipo interdisciplinar especializado en medicina, psicología, trabajo social y enfermería que ofrecen información sobre infecciones de transmisión sexual y SIDA.

Además de información, a través de este servicio se realizan de forma anónima y confidencial, las pruebas de VIH, Hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual. Mas información en este [enlace](#).

Más información sobre el Programa de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA pinchando <http://www.cerovihencanarias.com>



www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d83478ca-debc-11e0-be18-774245c3825e&idCarpeta=3735e0f5-1568-11e8-a593-3944dc69144a

Accesibilidad | Mapa web | Contacto | Sugerencias | El SCS

Servicio Canario de la Salud Gobierno de Canarias

INICIO CIUDADANOS PROFESIONALES APLICACIONES MAPAS SANITARIOS Texto de Búsqueda 🔍

Estás en: Direcciones Generales > Salud Pública > Epidemiología > ITS y SIDA > **Guía general de recursos**

Organización

- ITS y SIDA

### Guía general de recursos

- ¿Dónde hacerse la Prueba de VIH y otras ITS?
- ¿Dónde hacerse la Prueba Rápida de VIH?
- Unidades de Atención a la Sexualidad Juvenil.
- Consultas Jóvenes.

---

#### ¿Dónde hacerse la Prueba de VIH y otras ITS?

Para realizarse las pruebas serológicas de detección de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como Lues, Hepatitis B y C, debe dirigirse a su **Centro de Salud**.

Además la Red Canaria de Laboratorios ofrece de forma gratuita la prueba de VIH al realizarse cualquier otra analítica de sangre. <http://redcanarialaboratorios.eu/>

---

#### ¿Dónde hacerse la Prueba Rápida de VIH?

**Tenerife:**

- Consultas Jóvenes.

**Tenerife:**

- Consulta Joven del Centro de Salud de Añaza: Rambla Bentacayse, nº 2. Añaza. Santa Cruz de Tenerife. Telf.: 922 687 030.
- Consulta Joven del Centro de Salud de los Gladiolos: C/ Ganivet, s/n. Santa Cruz de Tenerife. Telf.: 922 236 690.
- Consulta Joven Unidad de Atención a la Mujer de Oña (COF de Oña): Avenida Príncipes de España, 7. Santa Cruz de Tenerife. Telf.: 922 675 104.
- Consulta Joven del Centro de Salud Arona-Vilaflor: C/ Tabano, 2. Cabo Blanco, Arona. Telf.: 922 721 316.
- Consulta Joven del Centro de Salud de Los Realejos: C/ San Isidro, 4. Los Realejos. Telf.: 922 346 240.

**Gran Canaria:**

- Consulta Joven del Centro de Salud de Tamaraceite: C/ San Borondón, 10- Tamaraceite. Las Palmas de Gran Canaria. Telf.: 928 439 941.

**Fuerteventura:**

- Consulta Joven Zona Básica de Salud de La Oliva: Avda. Juan Carlos I, 28. Telf.: 928 535 480.
- Consulta Joven Zona Básica de Salud Puerto del Rosario: C/ Primero de Mayo, 73. Telf.: 928 859 550.
- Consulta Joven del Centro de Salud de Gran Tarajal: El Palmeral, s/n. Tuiñe. Telf.: 928 870 889.

**Lanzarote:**

- Consulta Joven del Centro de Planificación Familiar de Arrecife: C/ Juan Quesada, 33 (Hospital Insular de Lanzarote). Telf.: 928 804 992.



The screenshot shows the website www.tenerife.es with the following elements:

- Header: "Atención ciudadana 901 501 901", "Consulta el tiempo en Tenerife", "Estaciones Meteorológicas", and a search bar.
- Navigation: "Español | English | Deutsch", "Inicio | Contenidos de la Web | Contacta con nosotros".
- Menu: "Vivir en Tenerife", "Descubre Tenerife", "Empresas", "Servicios y tramites", "El Cabildo", "Temas".
- Image: A photograph of a group of people, with the "CABILDO DE TENERIFE" logo overlaid on the left.
- Breadcrumbs: "Estás en: Inicio > Información para: > Jóvenes > Sexualidad juvenil".
- Section: "Sexualidad juvenil".
- Content:
  - Asesoría de sexualidad juvenil**: Información sobre sexualidad juvenil que ofrece el Centro Insular de Información, Asesoramiento y Documentación Juvenil. [Más información de Asesoría de sexualidad juvenil](#)
  - Centros de planificación familiar**: Servicio de orientación y planificación sobre la pareja, el matrimonio y la familia. [Más información de Centros de planificación familiar](#)
  - Programa Regional de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS y SIDA)**: Su objetivo es informar sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual y SIDA. Se hacen las pruebas gratuitamente. [Más información de Programa Regional de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual \(ITS y SIDA\)](#)

Consideramos que ha quedado evidente, a lo largo de este Informe, que urge la articulación de planes y medidas que promuevan una Educación afectiva y sexual integral y que garanticen el acceso a los métodos anticonceptivos, con especial atención a los sectores más vulnerables, como es el caso de adolescentes y jóvenes; así como atender los derechos sexuales y reproductivos de la ciudadanía canaria, que han experimentado un importante deterioro en los últimos años.

Pero, para ello, no es suficiente con declaraciones públicas, reiterando la necesidad de servicios que atiendan a la salud sexual y reproductiva. Es necesaria voluntad política para hacerlo y contemplarlo, por tanto, en los presupuestos.

### Algunos datos sobre la realidad sanitaria canaria.

A lo largo del Informe hemos insistido en la existencia de plantillas de profesionales escasas y sobrecargadas y en el desmantelamiento de los servicios vinculados a la atención sexual y reproductiva en los últimos años. Esta realidad se corresponde con unos presupuestos que no dan respuesta adecuada a los problemas y a las necesidades más perentorias del sistema sanitario canario. Los recortes presupuestarios sufridos en el Servicio Canario de Salud, que arrastra deficiencias históricas en infraestructuras y personal, han llevado a la pérdida de miles de puestos de trabajo, a la precarización de las condiciones laborales, la paralización de nuevas obras, el incremento de las listas de espera, el colapso de las urgencias, el abandono de las políticas preventivas y de salud pública, etc., sobre todo en la última década.

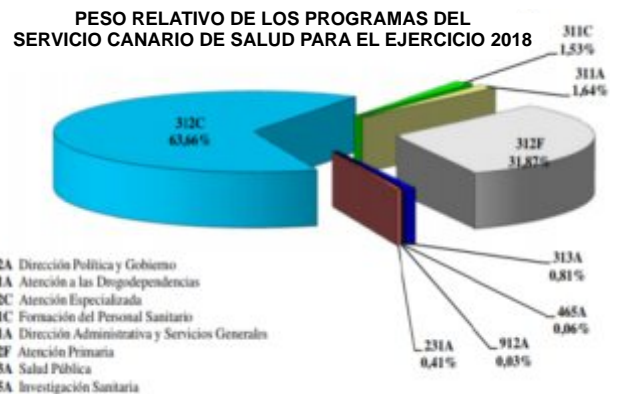
Al mismo tiempo, el gasto en conciertos sanitarios con la sanidad privada no se ha reducido y el gasto de los hogares ha crecido para paliar las deficiencias del sistema público. Esta política de desmantelamiento de los servicios públicos y de privatizaciones de servicios mediante conciertos y externalizaciones está repercutiendo en la salud de la ciudadanía canaria, y específicamente en la atención a su salud sexual y reproductiva, ya seriamente afectada al sufrir niveles de paro y de pobreza muy altos y unos salarios y pensiones por debajo de la media del Estado español.



El presupuesto canario para 2018 ha ascendido a 8.239,24 millones de euros, creció globalmente un 12,6% respecto al de 2017, frente al 7,16% que lo hizo el presupuesto sanitario. Sanidad vio incrementadas sus partidas en 231 millones de euros, lo que supuso pasar de 2.698 millones de euros a 2.929 millones de euros.

**CUADRO COMPARATIVO PRESUPUESTOS DE GASTOS SCS 2017/18**

PROGRAMAS	TOTAL PROGRAMAS			
	2017	2018	Diferencia	%
912A	850.462	913.084	62.622	7,36%
231A	11.136.938	11.872.610	735.672	6,61%
312C	1.722.540.663	1.865.042.692	142.402.029	8,27%
311C	44.215.604	44.751.776	536.172	1,21%
311A	42.479.477	47.915.427	5.435.950	12,80%
312F	864.487.258	933.773.626	69.286.368	8,01%
313A	25.147.823	23.766.653	-1.381.170	-5,49%
465A	1.467.046	1.767.046	300.000	20,45%
<b>TOTALES</b>	<b>2.712.425.271</b>	<b>2.929.802.914</b>	<b>217.377.643</b>	<b>8,01%</b>



Fuente: Presupuesto de la Comunidad Autónoma Canaria

Sin embargo, ese aumento ha sido inferior al experimentado por el presupuesto sanitario a lo largo de 2017 respecto al presupuesto inicial, que fue de 260 millones de euros (155,6 del Crédito extraordinario aprobado en el Parlamento canario en julio de 2017 y 105 vía modificaciones de crédito). Por lo tanto, los 231 millones de euros de 2018 han quedado por debajo del presupuesto y gasto real de 2017. Así mismo, la realidad es que está por debajo del presupuesto del año 2009.

**Cuadro I: Gasto sanitario de las CCAA 2009-2014 (miles de euros) (euros)**

	2009	2010	2011	2012*	2013*	2014*
Cataluña	10.926.885	11.014.952	10.017.911	9.657.000	9.300.000	9.261.000
Galicia	4.147.214	3.936.893	3.866.956	3.645.000	3.748.000	3.615.000
Andalucía	10.666.086	10.315.075	9.841.118	9.198.000	9.296.000	8.934.000
Asturias (Principado de)	1.814.586	1.723.355	1.788.365	1.526.000	1.531.000	1.580.000
Cantabria	843.093	884.699	853.306	803.000	849.000	880.000
Rioja (La)	485.659	480.939	452.712	431.000	425.000	421.000
Murcia (Región de)	2.344.045	2.309.103	2.302.392	2.030.000	2.007.000	2.020.000
Comunitat Valenciana	6.902.565	7.013.556	6.801.919	6.684.000	5.968.000	6.308.000
Aragón	2.129.480	2.051.938	2.048.955	1.876.000	1.852.000	1.835.000
Castilla-La Mancha	3.287.729	3.301.790	3.190.443	2.630.000	2.570.000	2.564.000
<b>Canarias</b>	<b>3.107.560</b>	<b>2.939.700</b>	<b>2.744.885</b>	<b>2.544.000</b>	<b>2.565.000</b>	<b>2.635.000</b>
Extremadura	1.815.772	1.783.234	1.682.085	1.569.000	1.545.000	1.572.000
Baleares (Illes)	1.431.757	1.615.531	1.404.122	1.296.000	1.310.000	1.346.000
Madrid (Comunidad de)	8.347.733	7.587.861	8.232.611	7.904.000	7.458.000	7.599.000
Castilla y León	3.675.037	3.726.700	3.984.478	3.531.000	3.423.000	3.401.000
	61.925.201	60.685.326	59.212.259	55.324.000	53.847.000	53.971.000

\* Se toman de la IGAE actualizado a 22-12-2015. Los demás se han tomado de IVIE

El gasto sanitario de las CCAA y su financiación Alain Cuenca1 acuenca@unizar.es Universidad de Zaragoza





Este incremento presupuestario se ha dirigido, fundamentalmente, a la atención especializada y, en menor medida, a la atención primaria, destinando los mayores recursos a personal, infraestructuras y gasto farmacéutico. El área de salud pública, clave para la prevención y educación sanitaria de la población, pierde más de 1 millón de euros.

Según el estudio realizado por la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) (\*) Canarias destinó 276 millones de euros a la partida de conciertos en 2015, lo que supuso el 10,0% del gasto en Sanidad, registrándose una tasa anual de crecimiento del 2,0% en el periodo 2005-2015, situándose en este año, en la tercera comunidad del Estado que más porcentaje destina a conciertos sobre el gasto sanitario público.



Fuente: IDIS (MSSSI. Cuenta Satélite del gasto sanitario público 2002-2015)



Según datos de Intersindical Canaria se puede observar un incremento progresivo en la política de conciertos de la Consejería de Sanidad del gobierno canario, que han supuesto en el año 2011, 209 millones de euros, en el año 2012 la cantidad ascendió a 253 millones de euros y en el año 2017, 269 millones de euros, cifra que volvió a incrementarse en el año 2018, alcanzando el 10,6% del presupuesto destinado a la Sanidad Pública.

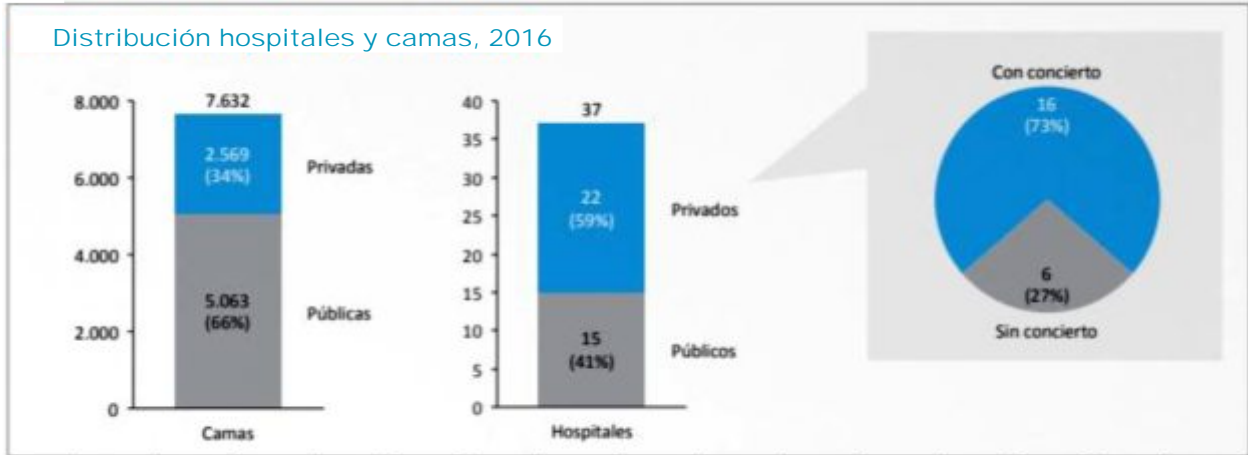
En relación a las camas y hospitales, atendiendo a los datos de la Fundación IDIS, los hospitales privados representan el 59% del total y el 34% de las camas en Canarias.



(\*) La Fundación IDIS aglutina al sector sanitario privado y tiene entre sus objetivos "poner en valor a la sanidad privada", por tanto es evidente que su informe no es en absoluto sospechoso de tener un sesgo a favor de la sanidad pública.



Distribución hospitales y camas, 2016



Fuente: Elaboración de IDIS a partir de los datos del MSSSI. Catálogo Nacional de Hospitales, 2017

Comunidad autónoma	Hospitales		Camas	
	Públicos	Privados	Públicas	Privadas
Cataluña	66	147	15.224	19.258
Madrid	34	48	13.777	6.922
Andalucía	45	61	15.470	5.928
Canarias	15	22	5.063	2.569
Comunidad Valenciana	36	24	10.783	2.369
País Vasco	17	24	50272	2.309
Galicia	14	24	7.481	2.277
Castilla y León	15	21	7.219	2.262
Murcia	11	16	3.299	1.548
Islas Baleares	11	13	2.605	1.382
Asturias	9	11	2.764	969
Aragón	20	9	4.315	942
Navarra	4	7	1.406	906
Cantabria	3	4	1.343	665
Castilla-La Mancha	19	9	5.229	462
Extremadura	11	9	3.452	427
La Rioja	5	2	911	137
Ceuta	1	0	252	0
Melilla	1	0	168	0
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>451</b>	<b>106.333</b>	<b>51.332</b>

Cataluña, Madrid y Andalucía son las CC.AA con un mayor número de hospitales y camas privadas.

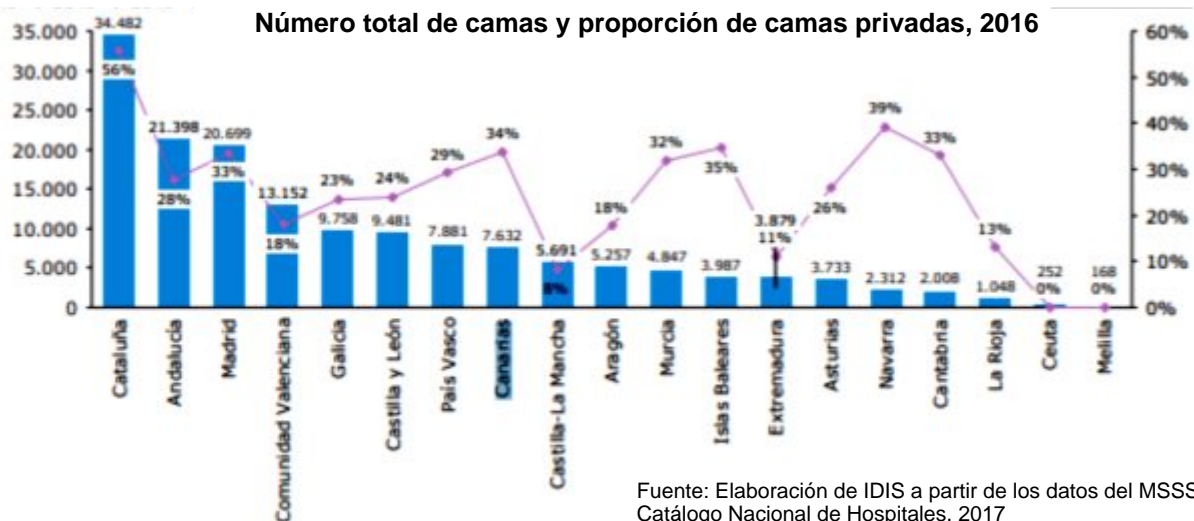


A nivel de camas, son Cataluña, Navarra y Canarias las que presentan un mayor porcentaje de camas privadas frente al total de camas con el 56%, 39% y 34% respectivamente.

\*Incluye los hospitales privados integrados en la Red Hospitalaria de Utilización Pública (Xhup).

Fuente: Elaboración de IDIS a partir de los datos del MSSSI. Catálogo Nacional de Hospitales, 2017

Número total de camas y proporción de camas privadas, 2016



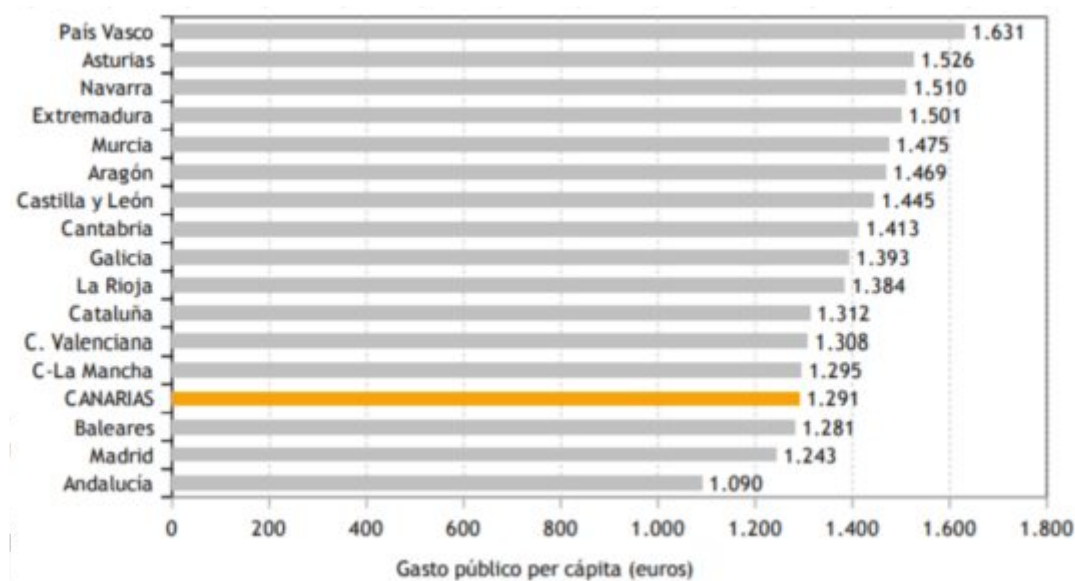
Fuente: Elaboración de IDIS a partir de los datos del MSSSI. Catálogo Nacional de Hospitales, 2017



Intersindical Canaria, en 2018, habla de 43 Hospitales del Archipiélago (21 públicos), donde el 51% (22) pertenecen al sector privado, y de ellos 16 (73%) mantienen conciertos con la Consejería de Sanidad. Así mismo, mantiene que la media del Estado español en cuanto a camas sanitarias privadas se sitúa en un 6,88% por cada 10.000 habitantes y en Canarias se llega a un porcentaje de 14,30%. Resaltan además, que mientras en los últimos años el número de camas en el sector sanitario privado no ha dejado de aumentar, en el ámbito público se ha mantenido igual.

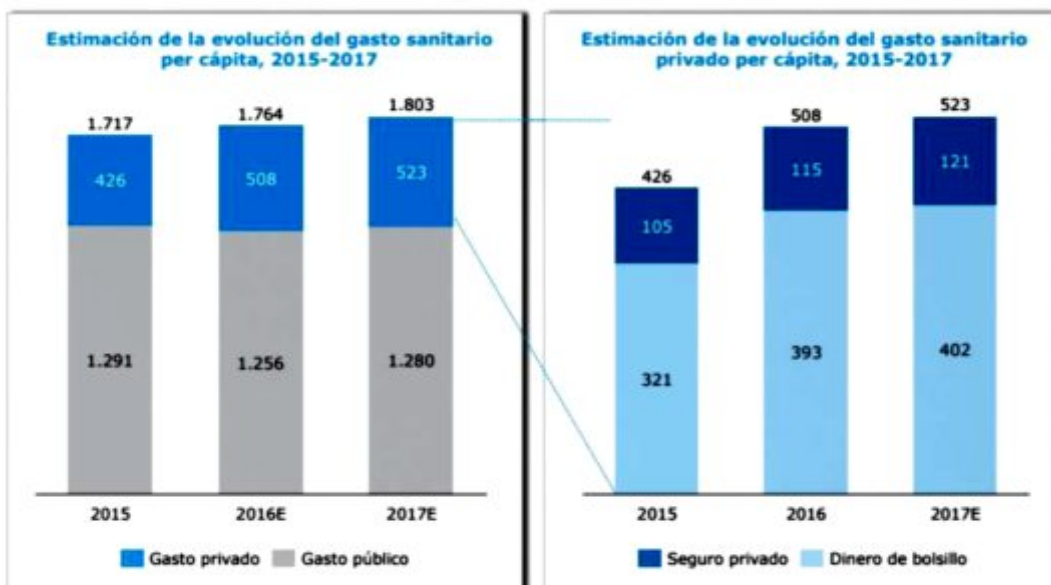
Si atendemos a los datos del Informe del Consejo Económico y Social del año 2016 se observa que Canarias se sitúa entre las Comunidades que presentan menor gasto per cápita en concepto sanitario, con un total de 1.291 euros por habitante como gasto liquidado, situándose por delante de las Comunidades Autónomas de Andalucía (1.090 €), Madrid (1.243 €) y Baleares (1.281 €).

### GASTO SANITARIO PÚBLICO PÉR CÁPITA CONSOLIDADO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2015



Fuente: Elaboración del Consejo Económico y social a partir de datos del MSSSI

Este dato se completa con el gasto sanitario per cápita privado, que ha experimentado un aumento en el periodo 2015-2017. Esta gráfica es del estudio de IDIS, elaborada a partir de las Encuestas de presupuestos familiares 2015-2017 del INE, del ICEA, Seguro de Salud de los años 2015-2017.



Nota de IDIS: Los datos correspondientes a la Encuesta de presupuestos familiares de 2016 y 2017 incorporan la nueva clasificación de consumo COICOP, lo que provoca que los resultados de estos años no sean directamente comparables con los de 2015.

Fuente: Elaboradas por IDIS



Por último, y en relación a la plantilla orgánica del Servicio Canario de Salud, según los datos recogidos en el Informe de los presupuestos sanitarios de 2017, elaborado por la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CCOO, se detecta una clara evolución negativa de la misma, tal como hemos recogido en las quejas de profesionales y personas usuarias, a lo largo de la elaboración de nuestro Informe, con una pérdida de 2.066 profesionales en el periodo 2.000-2016.

### EVOLUCIÓN DE LA PLANTILLA ORGÁNICA DEL SCS 2010-2016



Nota: Los datos CC.OO los ha tomado del Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas (BEPSAP) del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Incluye el personal en situación administrativa de servicio activo, exceptuando los altos cargos y el personal laboral con contrato de duración no superior a 6 meses.



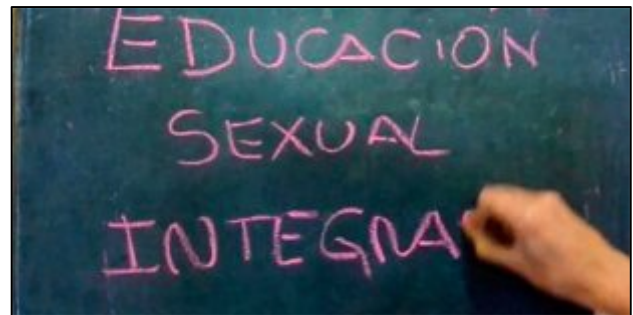


## 4. LA REALIDAD DE LA EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE CANARIAS

### Lo que dicen las leyes.

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo recoge la obligación de los Poderes Públicos de garantizar "la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo", especificando que "el sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral".

Esta Ley diseñó una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2011 que desarrollaba la norma, entre cuyas medidas se contemplaba la obligación de incorporar la Educación Sexual en el ámbito educativo, pero su implementación ha sido prácticamente nula. A pesar de que establecía que su duración era de cinco años y que su evaluación debía hacerse cada dos años, no se ha desarrollado, ni se contemplan partidas económicas específicas para ello.



La Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres dispone que "la Administración educativa, a través de programas, acciones o medidas de sensibilización con un enfoque de género, abordará los contenidos relacionados con la educación afectivo-sexual, las relaciones de pareja, la prevención de los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual".

Sin embargo, es de reseñar que Canarias constituye el único caso en el Estado español en el que las medidas de apoyo a la mujer embarazada se incluyen en la Ley de Igualdad, aprobada por el gobierno de Coalición Canaria y el Partido Popular. Esta Ley incluye algunas propuestas de la ILP impulsada por la Red Madre, dando cabida a los postulados de los grupos antielección.

En este sentido, se incluye en la Ley una Sección (la 3ª) y un Artículo (el 56) denominado Derecho al embarazo y la maternidad. En este artículo, en su apartado 2 se recogen "perlas" como las siguientes:

"Las mujeres embarazadas tendrán derecho a ser informadas de forma personalizada sobre las diferentes opciones, ayudas y apoyos que pueden obtener a la luz de sus circunstancias particulares.

Se potenciará la existencia de centros de asistencia y asesoramiento públicos que proporcionen a las mujeres embarazadas que acudan información detallada sobre los recursos de protección social existentes en el ámbito estatal, autonómico y local.

Se prestará especial atención a las mujeres jóvenes, caso de estar embarazadas, si quieren continuar adelante con el



mismo, arbitrando un itinerario formativo para que no vean interrumpido su desarrollo académico y profesional.

Se potenciarán las subvenciones y la suscripción de convenios, tanto con organismos y entidades públicas cuya función sea ofrecer asesoramiento y ayudas a las mujeres embarazadas, como por los centros de iniciativa social. En los centros asistenciales y sanitarios radicados en la Comunidad Autónoma se informará sobre la red de recursos de apoyo a la mujer embarazada".

El objetivo de los grupos antielección estaba claro: conseguir poder actuar -y ser pagados por ello- con las embarazadas, incluso con las que desean, legalmente, interrumpir su embarazo.

La Estrategia para la Igualdad de mujeres y hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias, establece que la Administración Educativa ha de abordar contenidos de educación afectivo-sexual con perspectiva de género, orientada a promover, desde la diversidad sexual, relaciones afectivo-sexuales positivas, saludables, placenteras y no discriminatorias, prevención de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; así como incluir una preparación obligatoria y específica en educación afectivo sexual en los planes de formación inicial y continua del profesorado, de la Inspección Educativa, de los servicios de orientación educativa, de los equipos directivos, de asesorías de CEPS y de los consejos escolares y las familias.



La Ley 6/2014, de 25 de julio Canaria de Educación no contempla la Educación Afectivo Sexual en su articulado. Tenemos que "presuponerlo" cuando insta al impulso de acciones encaminadas a incorporar en el funcionamiento del sistema educativo una educación en valores tales como la educación ambiental, la cultura de la paz, la convivencia y la igualdad de todos, independientemente de su identidad sexual y de género.

La exclusión por parte de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), de la educación afectiva y sexual como contenido obligatorio del currículo escolar y la falta de una política clara por parte de la Administración Educativa en esta materia, ha hecho que se multipliquen las dificultades para abordar esta educación de forma integral, sistemática y continuada en los centros educativos de Canarias.

### Lo que ocurre en los centros educativos.

Esta realidad pone de manifiesto la necesidad y la importancia de que la EAS quede recogida como contenido obligatorio en los currículos de todos los niveles educativos (Infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional, Educación Especial y Educación de Personas Adultas), como forma de garantizar que sea trabajada de forma sistemática e integral a través de todas las etapas educativas.

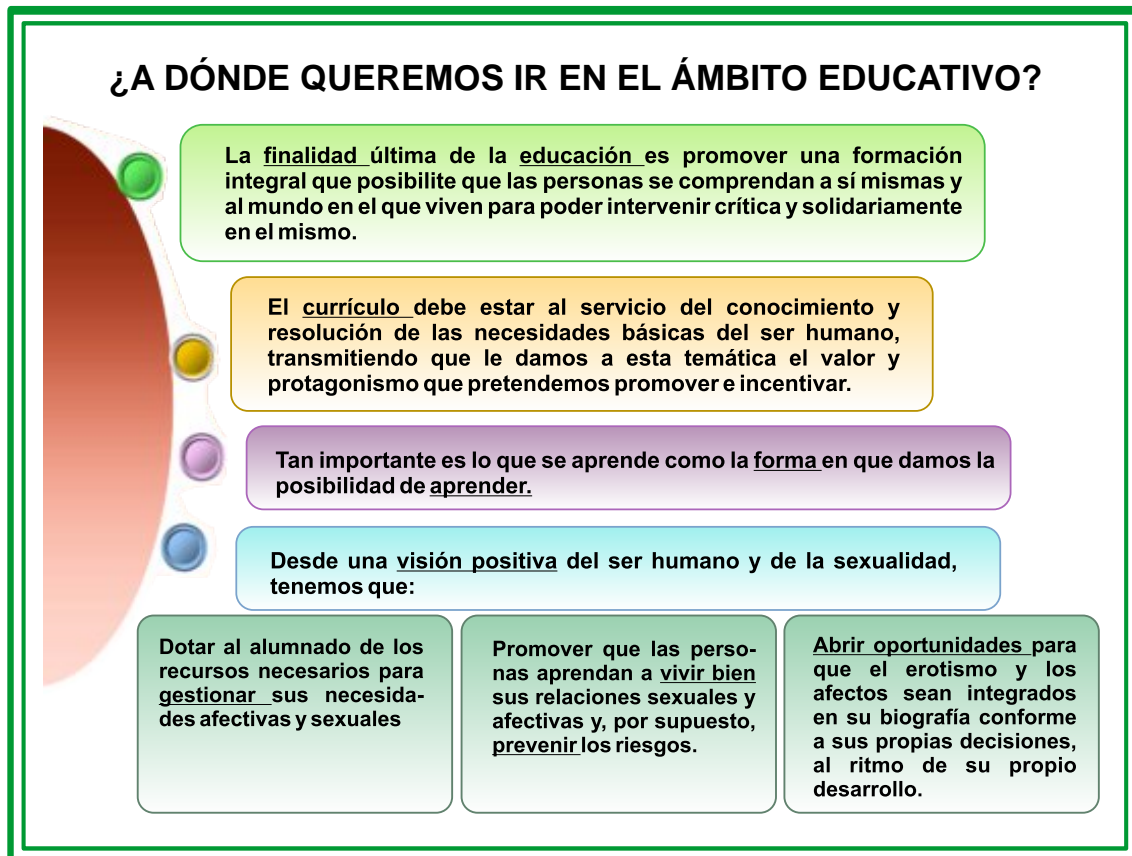
En la actualidad, esta decisión queda al criterio del profesorado o de los equipos directivos de cada centro, viéndose condicionada, a su vez, por la falta de formación, de medios, de créditos horarios y de recursos de apoyo suficientes para emprender acciones en esta materia.

Las insuficientes plantillas docentes, unas ratios muy altas, unos currículos sobrecargados de contenidos, estándares y criterios de evaluación, a menudo rígidos y de carácter informativo, las condiciones de trabajo del profesorado, con una sobrecarga de horas de docencia y tareas burocráticas, sin tiempo para la coordinación entre docentes, con las familias y con los distintos agentes educativos, para la preparación de materiales, para el desarrollo de una enseñanza personalizada, para acompañar al alumnado en su aprendizaje... son



claras dificultades para incorporar acciones innovadoras, integrales y comunitarias en nuestros centros educativos.

Esto ha dado lugar, por un lado, a que haya numerosos centros en los que no se está abordando la EAS, por no disponer de las condiciones necesarias y suficientes para ello, a pesar de su importancia a la hora de garantizar una educación integral del alumnado. Por otro, cuando se analiza la realidad de los centros en los que de una forma u otra sí se integra la EAS, se detecta una enorme variabilidad en cuanto al enfoque y a los contenidos trabajados, dependiendo del criterio, de los conocimientos y de la formación de quienes se encargan de implementarla.

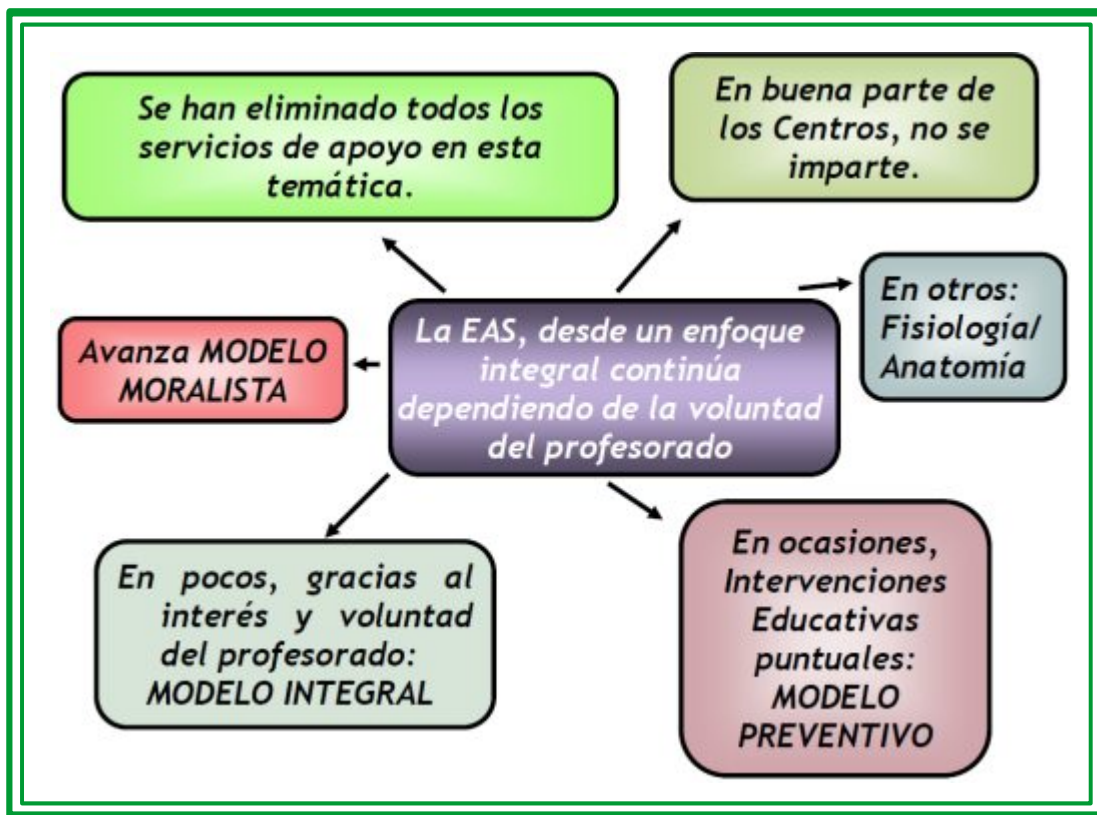


Actualmente, son pocos los centros en los que la EAS es abordada directamente por el profesorado, principalmente durante las horas asignadas a la tutoría con el alumnado, si bien existen algunas experiencias concretas protagonizadas por equipos docentes que trabajan un modelo integral de EAS basado en la participación conjunta de los distintos agentes de la comunidad educativa y de los recursos comunitarios, experiencias sostenidas en gran medida gracias al esfuerzo, el interés y la motivación de las y los profesionales implicados.

No obstante, en la mayoría de las ocasiones, y en función del modelo instaurado por la propia Consejería de Educación, las acciones de EAS son ejecutadas por agentes externos, que acuden al centro de forma puntual para implementar acciones con algunos grupos de alumnado de un determinado nivel educativo. Normalmente, lo más frecuente es que sean desarrolladas por personal de asociaciones y organizaciones no gubernamentales que ofertan a los centros acciones o proyectos subvencionados por distintas Administraciones Públicas (Estatal, Autonómica, Insular o Municipal). En otras ocasiones, y en menor medida, dichas acciones son desarrolladas por personal técnico del Ayuntamiento del municipio en el que se ubica el centro, o bien por personal sanitario del Centro de Atención Primaria que le corresponda por zona, en caso de que oferten dichas acciones.



Además, frecuentemente suelen estar dirigidas de forma prioritaria al alumnado, siendo poco frecuente que se trabaje con el resto de la comunidad educativa (profesorado y familias). Así, aunque en algunos casos hay



organizaciones que desarrollan acciones puntuales de EAS con las AMPAS, normalmente suelen estar desvinculadas de las que se llevan a cabo con el alumnado, careciendo de una visión integral.

El principal problema que plantea este modelo de EAS, es que ésta acaba siendo programada a través de acciones puntuales, desvinculadas entre sí, que suelen carecer de una adecuada sistematización, y que como se señaló anteriormente, varían mucho en cuanto al enfoque y a los contenidos.

Así, en algunos centros se recurre a la impartición de charlas o talleres centrados exclusivamente en salud reproductiva y prevención de riesgos, como los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, con un enfoque fundamentalmente heterosexual, y en otros se priorizan aspectos de la EAS más vinculados al desarrollo de relaciones afectivo sexuales igualitarias y no violentas, mientras que en otros la prioridad se centra en acciones relativas a la diversidad sexual y las identidades no normativas...

Se ha impuesto así un modelo que implica una visión fragmentada de la Educación Afectivo Sexual, alejado del enfoque integral del que resulta imprescindible, necesario y prioritario dotar a la misma.

A esto se añade el hecho de que, durante mucho tiempo, las acciones de EAS –en aquellos centros en los que se han desarrollado- han estado centradas mayoritariamente en 3º y 4º de la ESO y en el Bachillerato, y de forma bastante más esporádica en la Educación Primaria o en la Formación Profesional, estando prácticamente ausente tanto en la Educación Infantil como en los Centros de Educación Especial.







**Es necesaria una educación y atención afectiva y sexual integral, con perspectiva de género, basada en un concepto positivo del hecho sexual humano y de los vínculos afectivos, una educación que favorezca que las personas se formen para vivir satisfactoriamente su sexualidad (Modelo biográfico).**

**Potenciar la adquisición de información sistemática y contrastada sobre anatomía, fisiología sexual y de la reproducción, afectos sexuales y sociales (deseo, atracción, enamoramiento, apego, amistad y sistema de cuidados), anticoncepción y prevención de riesgos.**

**Desarrollar la adquisición de factores de protección (autoestima, seguridad emocional, empatía, pensamiento consecuen- cial, toma de decisiones...), entrenar en habilidades sociales e interpersonales y educar en valores universales.**



### Lo que ha hecho la Consejería de Educación.

En cuanto a las acciones en materia de Educación afectiva y sexual desarrolladas por la Consejería de Educación en los últimos años, éstas han estado vinculadas fundamentalmente a una serie de Proyectos enmarcados dentro del Programa Educar para la Igualdad (ahora Área de Igualdad y Educación Afectivo-Sexual), desarrollados por organizaciones no gubernamentales, a través de los cuales la Consejería oferta a los centros (con un número limitado por isla) una serie de acciones puntuales a impartir por parte de personal externo, para un determinado nivel educativo, y de forma acotada en el tiempo, y que si bien contemplan alguna sesión con el profesorado y/o con las familias a fin de darles a conocer los contenidos y las acciones que se desarrollarán con el alumnado, no implican una formación específica que les capacite para continuar dichas acciones en el futuro desde el propio centro, de forma coordinada con toda la comunidad educativa. Los objetivos que se pretenden lograr con estos proyectos (contemplados en sus convocatorias) no son acordes a las intervenciones que se explicitan para lograrlos.

Por otro lado, y si bien la función de dinamización y coordinación se ha venido asignando –en aquellos centros que cuentan con dicha figura-, a la persona acreditada para la igualdad en el centro educativo, lo cierto es que la multiplicidad de funciones asignadas a la misma (entre las que se encuentran el impulso y



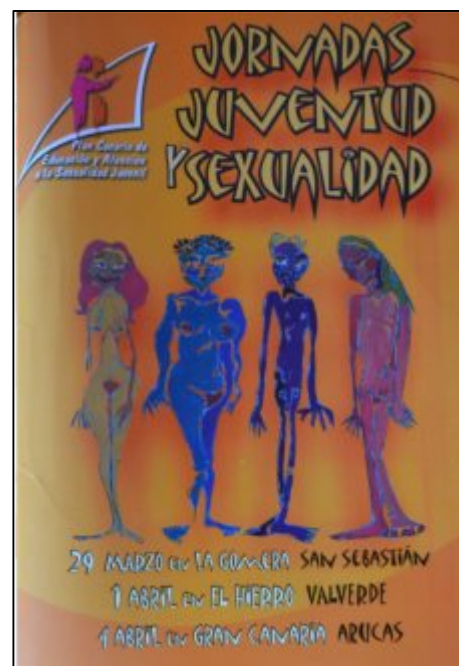
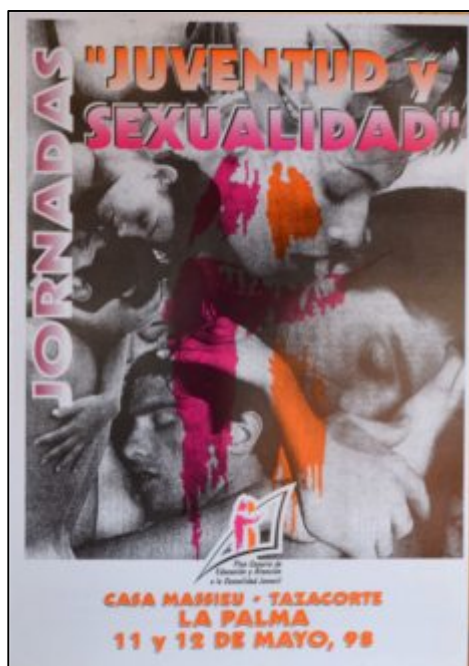


coordinación de acciones de promoción de la igualdad de género, prevención de las violencias machistas, promoción del respeto a la diversidad sexual y prevención de la LGBTIfobia...), así como la falta de medios y recursos de apoyo y de crédito horario suficiente, hacen inviable que en la práctica pueda encargarse de la promoción, dinamización y desarrollo de acciones de EAS en el centro con unos criterios mínimos de continuidad, estabilidad y calidad de las acciones desarrolladas.

Es evidente que para poder alcanzar este objetivo resulta imprescindible que se dote al profesorado, así como al resto de la comunidad educativa, de una formación específica en Educación Afectivo Sexual que le permita adquirir los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para abordarla en sus aulas y centros.

En este sentido, en lo que se refiere a las titulaciones universitarias vinculadas a la formación del profesorado de educación infantil y primaria, se constata, tanto en el caso de la ULL como en el de la ULPGC, la ausencia de asignaturas obligatorias en materia de EAS en los Grados de Educación Infantil y de Educación Primaria; hasta el momento, la ULPGC la ha incorporado como asignatura optativa, con la denominación de educación afectivo-sexual, mientras que la ULL aborda algunos contenidos de EAS dentro de una asignatura optativa denominada educación emocional. Por lo que se refiere al Máster Interuniversitario en Formación del Profesorado –desarrollado conjuntamente por ambas universidades canarias-, que habilita para impartir docencia en Educación Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas, así como en la especialidad de Orientación Educativa, carece en su plan de estudios tanto de asignaturas obligatorias como optativas de EAS, lo que se traduce en una falta de formación unificada y sistematizada del personal docente en esta materia.

En lo que a la formación continua se refiere, si bien la Consejería de Educación ha ofertado en los últimos años, en algunos periodos y con carácter puntual, cursos formativos en materia de educación afectivo sexual, se ha tratado mayoritariamente de formación online a la que solo ha podido acceder una pequeña parte del profesorado, siendo necesaria una estrategia formativa más extensa que permita ir actualizando conocimientos y estrategias de trabajo en esta materia, y que pueda traducirse en experiencias de trabajo concretas en los centros, con implicación de toda la comunidad educativa y con medios materiales y créditos horarios suficientes para poder desarrollar esta labor, así como con un asesoramiento y acompañamiento por parte de personal especializado de la propia Consejería.



Jornadas de formación. Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil (1997-2003)



En cuanto a la oferta de materiales específicos de apoyo, se viene detectando, tanto en los propios centros educativos como a través de la página web de la Consejería, una escasez de recursos en materia de EAS.

Como ejemplo, cabe señalar que en el apartado de recursos del Programa Educar para la Igualdad, desde el que se ofertan diversos materiales online de educación para la igualdad y de prevención de la violencia de género, figura tan solo un recurso específico en materia de educación afectivo sexual (el CD-ROM "Sexpresan", elaborado por el Programa Harimaguada) lo cual, en cierto modo, pone de manifiesto el papel secundario que se ha venido otorgando a la EAS en los últimos años.

Llama la atención que ni siquiera se incluyan las Carpetas didácticas de Educación Afectivo Sexual del Programa Harimaguada, que se digitalizaron en su momento.



## Las actuaciones más recientes de la Consejería de Educación

En el curso 2017/2018 se creó la figura de agente zonal de igualdad. Cincuenta docentes de toda Canarias con 5 horas lectivas concentradas los miércoles para el desarrollo, dinamización y coordinación del trabajo coeducativo en los centros educativos de la Red Canaria de Escuelas para la Igualdad (224 en este curso). Junto al trabajo de su centro, cada agente zonal debía promover la perspectiva coeducativa en los centros que se le asignaran (una media de cinco), apoyando la labor de sus responsables de igualdad. Reiteramos lo dicho anteriormente. Las múltiples funciones, así como la falta de formación, de medios, de crédito horario suficiente y de recursos de apoyo, hacen que la tarea de dinamización y desarrollo de proyectos de EAS en los centros, con unos criterios mínimos de continuidad, estabilidad y calidad de las acciones desarrolladas, no cristalice.

Para el curso 2018/2019, con el fin de promocionar la igualdad de género, la prevención de la violencia de género y otras violencias de origen en el sexismo, así como la eliminación de actitudes sexistas o discriminatorias hacia



Valla publicitaria de la Campaña de sensibilización del Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil



cualquier colectivo, se ha realizado una convocatoria pública de estas 50 plazas, que apoyarán a la Red Canaria de Escuelas por la Igualdad, en la que se han admitido 314 centros. En todos los centros, un/a docente contará con una sesión de 55 minutos a la semana para planificar y realizar acciones que persigan un modelo educativo que fomente la igualdad. Desgraciadamente, no mejoran las condiciones. Nos tememos que la tarea de estas personas se convierta en "gestionar" actividades y proyectos puntuales de personas ajenas a los centros educativos.

### **Funciones de las personas Agentes Zonales de Igualdad**

- 1. Coordinarse con el equipo técnico del Servicio de Innovación y las asesorías referentes de Igualdad para concretar las acciones a desarrollar.**
- 2. Dinamizar las líneas de trabajo establecidas en el Área de Igualdad y Educación Afectivo Sexual en la zona correspondiente a su ámbito CEP y con las personas responsables de impulsar las medidas de igualdad en los centros educativos y las personas que coordinan la RCI.**
- 3. Participar en las reuniones de trabajo establecidas en el CEP de referencia y las organizadas con los centros de la zona.**
- 4. Asesorar y acompañar a los centros educativos en la promoción de la Igualdad.**
- 5. Colaborar en el diseño propuestas didácticas y situaciones de aprendizajes, para difundir en los centros educativos.**
- 6. Contribuir a visibilizar las buenas prácticas en los centros educativos en las jornadas o intercambios de experiencias que a tal efecto se organicen.**
- 7. Participar en la elaboración del plan de trabajo y la memoria final de las acciones desarrolladas por las personas agentes zonales del ámbito de CEP.**
- 8. Coordinar y trabajar conjuntamente con el comité de zona de la RCEI.**
- 9. Hacer uso del espacio virtual para la comunicación y el trabajo en red que fortalezca el trabajo cooperativo entre la RCEI, las personas agentes zonales, las asesorías de los centros del profesorado y el Servicio de Innovación de la CEU.**

En el curso 2017/18 también se ha puesto en marcha el Plan para la Igualdad y prevención de la violencia de género 2017-2020 Coeducar en el sistema educativo canario que, entre sus múltiples propuestas, recoge el desarrollo de medidas y programas educativos dirigidos a promover una educación afectivo-sexual con perspectiva de género, orientada a promover desde la diversidad sexual unas relaciones afectivo-sexuales, saludables y no discriminatorias, que contribuyan, además, al respeto a la diversidad afectivo-sexual y a la prevención de los riesgos asociados a una sexualidad no asumida responsablemente (medida 7.1)

En la práctica, en este curso, el desarrollo de esta medida se ha concretado en el cumplimiento de la actuación 7.1.3., "Elaboración de un protocolo de acompañamiento para el alumnado Trans\* dirigido al alumnado, profesorado, familias y comunidad educativa". En septiembre de 2017 se aprobó este protocolo, que recoge entre las acciones que debe desarrollar la Consejería de Educación y Universidades un Plan anual de acciones formativas en Educación Afectivo-Sexual, que no ha concretado. Echamos en falta un plan de difusión de este Protocolo, que sirviera para su conocimiento por parte de las comunidades educativas, así como para sensibilizar a éstas en torno a la realidad Trans\*.





OBJETIVOS ESPECÍFICOS CON MEDIDAS	
<b>7. Ofrecer una Educación afectivo-sexual que atienda a la diversidad, a las distintas identidades de género y a la diversidad familiar</b>	
Medidas	Temporalización
Desarrollar medidas y programas educativos dirigidos a promover una educación afectivo-sexual con perspectiva de género, orientada a promover desde la diversidad sexual unas relaciones afectivo-sexuales	2017- 2018
Arbitrar un itinerario formativo para que las estudiantes en situación de embarazo y post embarazo no vean interrumpido su desarrollo académico y profesional en la enseñanza obligatoria.	2018-2020

Llama la atención que sea dentro de la medida 7.2 “Arbitrar un itinerario formativo para que las estudiantes en situación de embarazo y post embarazo no vean interrumpido su desarrollo académico y profesional en la enseñanza obligatoria”, donde se ubique la actuación 7.2.4, que, desde nuestro punto de vista, debería ser una de las centrales: “Se impulsará la puesta en marcha de proyectos educativos comunitarios de educación afectivo sexual, que debería de ser una de las actuaciones centrales para desarrollar la EAS en nuestros centros educativos”.

Según el Plan para la Igualdad se implementaría a partir del curso 2018/19. Sin embargo, no se ha realizado ninguna convocatoria al respecto.

El resto de acciones de EAS han seguido las líneas de años anteriores. Entre ellas, las convocatorias de Proyectos de Innovación, desarrollados por diferentes asociaciones. En el curso 2017/18 han sido cinco, dirigidos a grupos de alumnado en un máximo de 114 centros (pueden coincidir dos o más en un mismo centro):

Proyecto de Innovación	Dirigida a	Ciclo/etapa educativa	Desarrollada por... Fechas
<b>Diversigualdad</b>	22 centros de Educación Infantil y Primaria: 6 en Gran Canaria, 3 en Lanzarote, 3 en Fuerteventura, 6 en Tenerife, 2 en La Palma 1 en La Gomera y 1 en El Hierro.	Infantil y Primer Ciclo de Primaria	Asociación CanariaEduca. A partir de noviembre del curso 2017-2018. Dos semanas en cada centro.
<b>Pluraleando</b>	22 centros de Educación Infantil y Primaria: 6 en Gran Canaria, 3 en Lanzarote, 3 en Fuerteventura, 6 en Tenerife, 2 en La Palma 1 en La Gomera y 1 en El Hierro.	Segundo y Tercer Ciclo de Primaria	Asociación CanariaEduca. A partir de noviembre del curso 2017-2018. Dos semanas en cada centro.
<b>Tándem</b>	24 centros de Educación Infantil y Primaria: 6 en Gran Canaria, 3 en	Alumnado de 5º y 6º de	Asociación Desea3. De enero a junio de 2018.



	Lanzarote, 3 en Fuerteventura, 6 en Tenerife, 2 en La Palma 2 en La Gomera y 2 en El Hierro.	Primaria. Cada centro elige el curso.	2018. Sesión de formación en CEP. Dos sesiones a familias. Apoyo presencial en una de las sesiones con alumnado.
Diversidades en construcción. Una cuestión de educación.	22 Centros públicos de Educación Secundaria, Bachillerato y Ciclos formativos de Educación Infantil, Integración Social y Promotor de Igualdad: 6 en Gran Canaria, 2 en Lanzarote, 2 en Fuerteventura, 6 en Tenerife, 2 en La Palma 2 en La Gomera y 2 en El Hierro.	Alumnado de estos centros.	Asociación Algarabía en colaboración con los colectivos Gamá y Althay.  Entre febrero y junio de 2018. Una semana en cada centro.
Fábrica de valores: construyendo relaciones.	24 centros públicos que impartan Educación Secundaria Obligatoria 7 en Gran Canaria, 3 en Lanzarote, 3 en Fuerteventura, 7 en Tenerife, 2 en La Palma 1 en La Gomera y 1 en El Hierro.	Alumnado de 2º y 3º de la ESO.	Asociación Desea3. Desde diciembre de 2017 hasta junio de 2018. Se realizarán dos visitas al centro.

### ¿Qué hacemos?

- 1 Intervenciones puntuales, el día de..., personas expertas al margen de sus referentes (familia, profes...)
- 2 La familia, en bastantes ocasiones, ha dejado ser un pilar fundamental.
- 3 Los lugares de ocio están fuertemente estereotipados y en ellos circula información errónea en cuanto a la sexualidad.
- 4 En Internet, modelos de relación fuertemente estereotipados, reduccionistas y negativos.
- 5 Los medios de comunicación y videojuegos son, en la práctica, los verdaderos educadores.
- 6 El grupo de iguales, transmisor de información incorrecta, ejerce muchas veces presión.

### ¿Qué debemos hacer?

- 1 Procesos de enseñanza-aprendizaje secuenciados y sistematizados en el tiempo, guiados por el profesorado.
- 2 La familia, pilar fundamental donde podamos vivenciar incondicionalidad e igualdad desde la diversidad.
- 3 Espacios de ocio, lugar de realización de actividades de promoción de la salud y de mediación en sexualidad.
- 4 Internet como espacio de información y acceso a páginas educativas. Promoción de páginas que ofrezcan modelos saludables de relaciones afectivo-sexuales
- 5 Profesorado, profesionales salud, familia, medios con formación: educadores.
- 6 Mediadores juveniles, con formación, intervienen en sus espacios naturales.

#### SE TRATA DE EDUCAR PERSONAS:

- Seguras y confiadas, con adecuados vínculos de apego.
- Que valoren la vida, los afectos, las relaciones y a las demás personas.
- Con conocimientos afectivos y sexuales fundamentados.
- Con adecuada autoestima y empatía hacia las demás personas.
- Con habilidades sociales e interpersonales en sus relaciones.
- Con factores de protección frente a los problemas y riesgos.
- Con una clara ética relacional.



Parece que el modelo que la Consejería de Educación ha implantado en torno a la EAS es la de "gestión" de proyectos realizados por agentes externos a los centros educativos, trasladando esta visión a los centros educativos, donde las comunidades se convierten en "usuarias" de estos servicios, un modelo cuyo fracaso está más que demostrado y ante el que organismos oficiales, personas expertas y muchas comunidades educativas presentan el de Educación Afectivo Sexual Integral.

### Algunos datos sobre la realidad educativa canaria.

Los datos del alcance de las acciones puestas en marcha por la Consejería de Educación del gobierno de Canarias para incorporar la EAS en nuestras aulas y centros, con la finalidad de que el alumnado canario reciba este derecho fundamental, es importante contrastarlos con algunos referentes a la situación del sistema educativo canario:

En el curso 2017/2018 Grafcan, en su mapa de centros escolares (a 31 de octubre de 2017), recoge 1.315 centros escolares en Canarias. De ellos, en torno a 1.100 centros son públicos y el resto, privados concertados y privados.

De plantilla docente en los centros públicos, al inicio del curso 2017/18, según declaraciones de la Consejera de Educación a los medios de comunicación, se contaba con alrededor de 22.200 docentes y 270.000 escolares en la enseñanza pública no universitaria en Canarias.

El gasto público educativo ha retrocedido, de forma considerable, en un contexto de mayor desigualdad económica y social que es muy difícil de afrontar en nuestros centros.

#### PRESUPUESTOS INICIALES EN EDUCACIÓN DE CANARIAS. 2009-2018 (€)

2009	2010	2011	2012	2013
1.748.016.219	1.714.631.521	1.591.495.061	1.597.879.472	1.462.118.666
2014	2015	2016	2017	2018
1.498.252.898	1.498.262.424	1.502.565.258	1.558.896.794	1.659.717.917

Elaboración propia, a partir de los datos de los Presupuestos Generales de Canarias.

En el año 2018 el sistema educativo de Canarias tiene a su disposición 1.659 millones de euros, lo que supone 89 millones menos que lo que se manejaba en 2009 (1.748 millones). Esta inversión, en relación al PIB, es de un 3,6%.

#### INVERSIÓN EN EDUCACIÓN EN RELACIÓN CON EL PIB

AÑO	% del PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB)
2018	3,6
2013	3,72
2010	4%
2000	4,59
1991	6,13



Para situarnos mejor, recordemos que, junto a este 3,6 % del PIB en Canarias, España se sitúa en un 4,1% del PIB, en el quinto lugar por la cola en Europa (la media es 4,9), Portugal le dedica un 6% del PIB a educación y Dinamarca un 7%.

Si, además, analizamos el crecimiento con respecto al año anterior, el presupuesto de educación aumenta solo un 6,5% (100,83 millones de euros), mientras el presupuesto general de Canarias para 2018 crece un 12,9% (938,64 millones de euros).

Por último, en relación a la inversión en educación como porcentaje del total del presupuesto de Canarias, comprobaremos que en el año 2018 el presupuesto educativo supone un 20,14% del total, frente al 30,75% que suponía en el año 2000. Es evidente que la educación ha ido perdiendo peso en los presupuestos durante los últimos 18 años, disminuyendo en este período 10 puntos porcentuales.

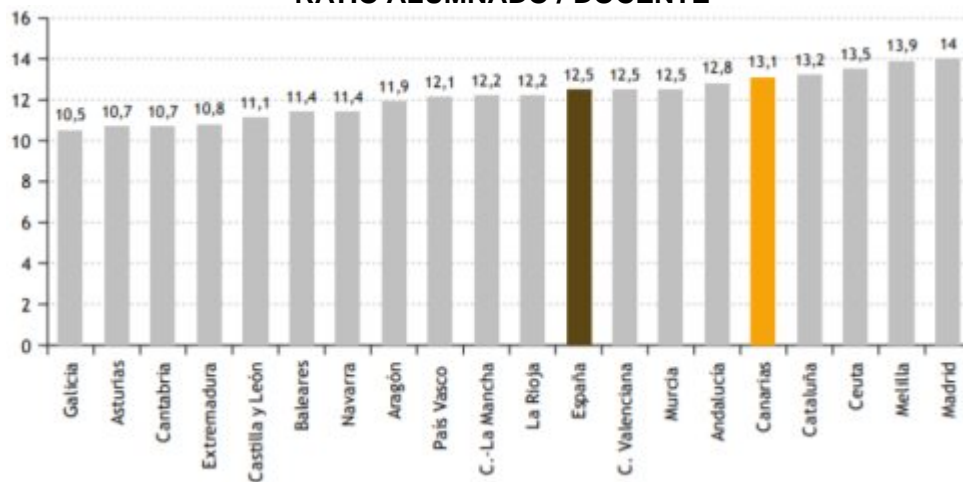
**Porcentaje de Presupuestos de Educación con respecto a los Presupuestos Generales**

Año	2018	2017	2016	2015	2010	2009	2005	2000
Porcentaje	20,14	21,35	21,44	22,47	22,72	23,19	27,41	30,75

Elaboración propia, a partir de los datos de los Presupuestos Generales de Canarias.

Estos recortes presupuestarios traen como consecuencia las dificultades ya citadas en este Informe para desarrollar una enseñanza personalizada, participativa e integral, que prepare para la vida personal y profesional. El número medio de alumnado por docente, es un indicador de especial relevancia. Según los últimos datos facilitados por el Ministerio de Educación (2015/2016), Canarias se sitúa como la quinta con mayor ratio y por encima de la media estatal.

**RATIO ALUMNADO / DOCENTE**



Fuente: Informe del Consejo Económico y Social de Canarias. Informe de 2017

**La Consejería de Educación desmonta el modelo Integral de EAS y variadas Instancias lo reclaman.**

Mientras esto ocurre, muchas son las instancias que insisten en la necesidad de la Educación Afectivo Sexual Integral. Como ejemplos citemos:

- 🌀 El Cabildo Insular de Tenerife en reiteradas ocasiones ha instado al Gobierno de Canarias a poner en marcha programas de EAS:
- ☑ El Pleno de 27 de noviembre de 2015, en un acuerdo institucional (Moción de Podemos) para avanzar en la



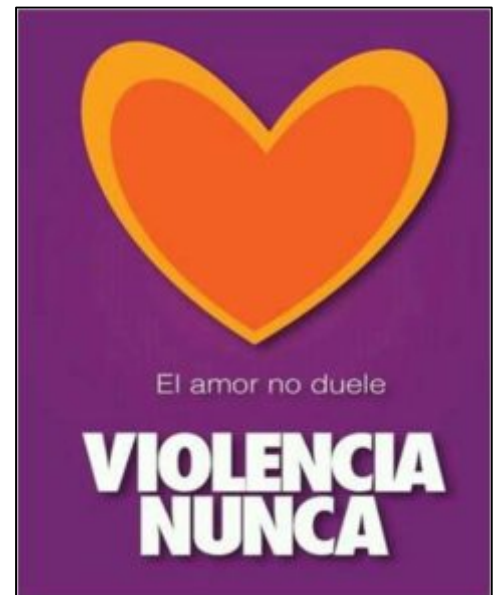


erradicación de la Violencia de Género “insta a la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias a realizar programas educativos transversales e integrales de educación afectivo-sexual y sensibilización y formación contra la violencia de género, en los centros educativos”.

- ☑ La Comisión Plenaria de Gobierno Abierto Tenerife 2030, Juventud e Igualdad de 24 de julio de 2017, a instancia de Podemos, una Moción para la mejora de la atención a menores víctimas de violencia de género en la que acuerda “Instar al Gobierno de Canarias a adoptar medidas de carácter preventivo en el ámbito educativo, ordenando a la Consejería de Educación que ponga en marcha un plan de educación afectivo-sexual desde la primera infancia que se despliegue desde la escuela y en conexión con las familias y la comunidad, tomando como referencia la acertada y reconocida experiencia que fue el Programa de Educación Afectivo-Sexual Harimaguada, modelo a nivel internacional todavía hoy”.
- ☑ El Pleno de 4 de diciembre de 2017, en un acuerdo institucional (Moción de Podemos) en materia de violencia de género ante la conmemoración del 25 de noviembre de 2017 decide “Instar al Gobierno canario a que, en el ámbito de su competencia, incremente la inversión en la prevención, tanto en el sistema educativo formal y no formal. Y a que, en particular, se recupere el programa de educación afectivo-sexual en el ámbito escolar por parte de la Consejería de Educación del Gobierno Canario”.

🌀 El Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, Septiembre de 2017, recoge como una de sus acciones “Reforzar y ampliar la educación afectivo-sexual obligatoria en todos los niveles educativos, fomentando que los mismos se aborden de forma integral (aspectos fisiológicos y afectivo-emocionales)”.

🌀 La UNESCO en su texto “Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad”, actualizado en 2018, a partir de los datos científicos más recientes y la experiencia adquirida en la ejecución de programas de educación en sexualidad en diferentes contextos educativos, identifica la existencia de una necesidad urgente de educación sexual de calidad en diversos aspectos, como el de informar y orientar a los jóvenes respecto a la transición de la infancia a la edad adulta, afrontar retos en temas sexuales y reproductivos como la violencia de género, la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, el embarazo temprano y el acoso sexual cibernético. Estas Orientaciones técnicas tienen por objeto ayudar a las



autoridades de todos los países a diseñar planes de estudio precisos y adaptados al alumnado de 5 a 18 años de edad, que tendrán efectos positivos en la salud y el bienestar de la población.

La UNESCO promueve un modelo de Educación Sexual Integral (ESI) de calidad, presentando la sexualidad mediante un enfoque positivo, reconociendo que la ESI va más allá de la educación sobre la reproducción, los riesgos y las enfermedades. En sus Orientaciones se reafirma la posición de la educación sexual dentro de un marco de derechos humanos e igualdad de género, y se pone de

SER MUJER SER HOMBRE SER

Tenemos muchos modelos



SIENTETE A GUSTO



relieve su contribución para la consecución de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular los Objetivos 3, 4 y 5, relativos a la vida sana y el bienestar de todos. “Su propósito es dotar a los niños, niñas y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos”.

- El Comité de los Derechos del Niño de la ONU - CRC, por sus siglas en inglés- (\*) ha analizado frecuentemente la necesidad del acceso a la educación sexual, y ha solicitado a los Estados Parte, entre los que figura España, que adopten medidas para proveer información, educación y servicios de planificación familiar y salud reproductiva para jóvenes. Este comité ha expresado su inquietud por aquellos países en los que la educación sobre salud reproductiva no forma parte del plan oficial de la educación primaria y secundaria y por ello les recomienda impartir y dar formación al respecto. El CRC alienta a los estados a ofrecer capacitación al profesorado y a otros profesionales de la educación sobre instrucción en educación sexual y expresa su preocupación por el hecho de que los responsables no la fomenten. Critica, a la vez, las barreras a la educación sexual, limitando así el acceso de los adolescentes a la información, y los obstáculos a la prevención y atención.

A lo largo de este Informe queda evidente que, junto a la falta de atención a esta importante faceta del ser humano, el modelo y la filosofía de trabajo imperante en la Consejería de Educación en materia de EAS, desde la desaparición del Programa Harimaguada, se ha caracterizado, en la práctica, por la falta de un enfoque integral y de una coordinación interinstitucional sistemática y continuada entre la Administración Educativa, las Consejerías y Direcciones Generales del Gobierno de Canarias susceptibles de desarrollar acciones de EAS (Sanidad, Políticas Sociales, Juventud, Igualdad...) y los Cabildos y Ayuntamientos, en tanto que administraciones que también desarrollan acciones en esta materia.

Así, aunque se constata la existencia de acciones puntuales de EAS que, de forma esporádica y acotada en el tiempo, han sido desarrolladas mediante la colaboración entre centros pertenecientes a distintas Administraciones, no se están implementando en la actualidad programas comunitarios de carácter integral, que contemplen la EAS como una tarea conjunta de todos los agentes sociales implicados (familias, centros educativos, grupos de iguales, sistemas sociales de apoyo, medios de comunicación...), y que posibiliten el trabajo sistemático, coordinado y estable entre profesionales de distintos ámbitos, que se requiere.

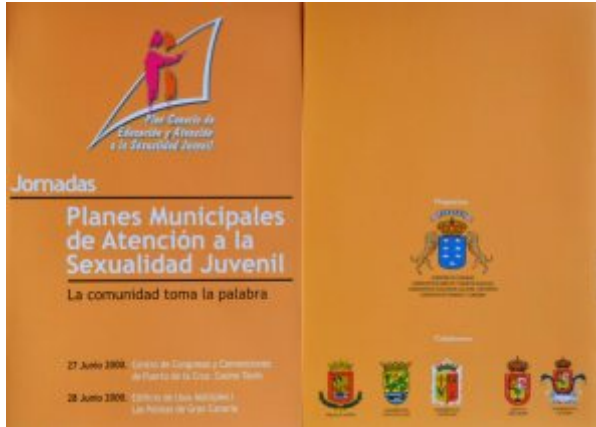
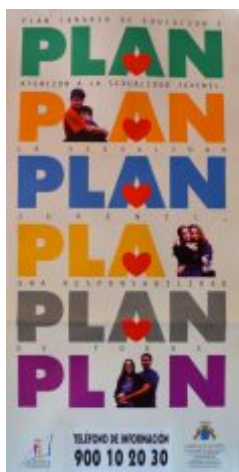
A este respecto, y como ejemplo de buenas prácticas en Canarias, cabría citar el Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil (1997-2003), desde el que se impulsaron y ejecutaron importantes acciones vinculadas a la educación afectivo sexual y a la atención a la sexualidad juvenil, y que puede ser considerado como referencia en cuanto a modelo de trabajo sistemático y coordinado en materia



(\*): Órgano de personas expertas independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados partes.



de EAS entre profesionales de distintas Administraciones (Gobierno de Canarias, Cabildos y Ayuntamientos), así como ejemplo de buena práctica en cuanto a trabajo con todos los agentes implicados desde un enfoque participativo, comunitario, de género e intercultural, y respetuoso con la diversidad sexual y familiar. Desafortunadamente, dicho Plan fue suprimido, desmantelándose progresivamente en la última década los distintos recursos y servicios puestos en marcha a través del mismo.





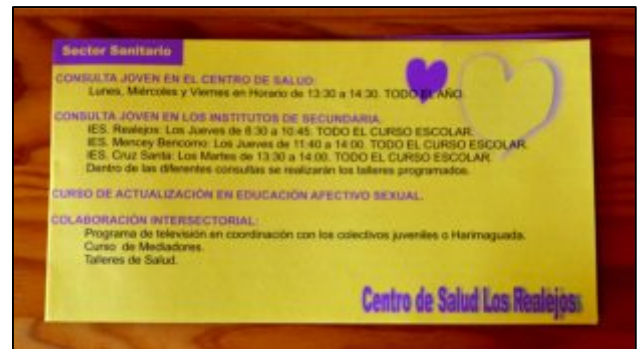
## 7. NUESTRAS PROPUESTAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Los servicios de salud, como parte del sistema social de apoyo, han de ofrecer orientación, información y asistencia sobre el ámbito afectivo-sexual, promoviendo estilos y conductas de vida saludables. Para ello es necesario:

- ① Puesta en marcha de un Programa de Orientación, Atención y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, común a todas las áreas sanitarias y centros dependientes del Servicio Canario de la Salud, que sea considerado de especial prioridad en su implantación, y que se conforme como un proyecto de intervención social real, eficaz y avanzado, que cuente con las aportaciones y la colaboración de otras instituciones, de los y las profesionales, de los colectivos ciudadanos y sobre todo, de la propia población.
- ② Dotación a los equipos de atención primaria y especializada de personal suficiente y formado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, desde una visión positiva del hecho sexual humano y de la diversidad sexual, de género y familiar, que puedan dedicar el tiempo necesario y suficiente a la atención de las personas usuarias.
- ③ Recuperación de las Consultas Jóvenes en las diferentes islas, con el suficiente apoyo, coordinación, seguimiento y evaluación por parte de la Consejería de Sanidad. Es necesario un renovado compromiso para hacer de las Consultas Jóvenes un servicio integrado en la cultura juvenil y consolidado en la oferta sanitaria de nuestra Comunidad.
- ④ La creación de Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, recuperando la experiencia de los Centros de Orientación Familiar (COF), de carácter multidisciplinar y comarcal, integrados por profesionales con formación en esta temática, como centros de referencia para Atención Primaria y recurso intermedio entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. Se trataría de centros que proporcionarían un servicio integral de atención, orientación y educación, y contribuirían a que nuestra Comunidad Autónoma tuviera una atención normalizada a la salud sexual y reproductiva, integrada en la red de recursos de atención sanitaria, con la adecuada equidad territorial.
- ⑤ Acceso a los servicios y programas de promoción de la salud sexual y reproductiva en todos los rincones del territorio canario. Se debe contemplar la ampliación de los recursos disponibles en la sanidad pública para que todos los pueblos tengan acceso a dichos servicios, y disponer de protocolos comunes de actuación sobre estas cuestiones. Asimismo, debe facilitarse la accesibilidad a los grupos con mayor vulnerabilidad, habilitando recursos adecuados a las necesidades e idiosincrasia de los mismos (población adolescente-joven, migrante, con diversidad funcional...).
- ⑥ Inclusión de la formación en derechos sexuales y reproductivos en los programas formativos de los y las profesionales del ámbito sanitario de Atención Primaria y Especializada, en el que se proporcionen conocimientos y habilidades que mejoren la calidad de la atención en los aspectos relativos a la identidad, la salud sexual y reproductiva.

Inclusión de una perspectiva de promoción de la salud en la atención primaria y especializada que complete la actual orientación biologicista con la psicosocial y de género.

- ⑦ Acceso de la población a todos los métodos anticonceptivos, en condiciones de igualdad. Todos los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de última generación y la anticoncepción de emergencia o "píldora del día después", deben recibir el mismo tratamiento económico que el resto de medicación financiada por el sistema público de salud, contemplándose la gratuidad para aquellos casos de problemática social especialmente relevante y grupos especialmente vulnerables. En el caso de los preservativos, tanto masculino como femenino, en la medida que son métodos preventivos de infecciones de transmisión sexual y VIH y de protección de embarazos no deseados, debe establecerse un precio





social que suponga la extensión máxima de su uso. Dispensación de la píldora de emergencia en todos los centros de atención primaria y urgencias.

- ④ Desarrollo de programas, servicios, campañas y/o actividades de información, prevención y sensibilización sobre los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, de forma continuada.
- ④ Apoyo sanitario y social ante el embarazo deseado en los siguientes aspectos:
  - ④ Ampliación de los recursos en los servicios de reproducción asistida. Se ha de ofertar una atención sanitaria de calidad, garantizando el pleno derecho a los tratamientos de fertilidad e inseminación artificial en el sistema sanitario público sin tratos discriminatorios por su estado civil, identidad, orientación sexual o situación personal. Puesta en marcha de medidas que posibiliten, de manera efectiva y en un tiempo adecuado, que las mujeres y los hombres transexuales que lo deseen puedan acceder a las técnicas de reproducción humana asistida.
  - ④ Garantizar un trato no patologizador, respetuoso con los procesos físicos psicológicos y con la autonomía personal y unos protocolos adecuados a las diversas realidades de las mujeres y hombres transexuales que se sometan a técnicas de reproducción asistida.
  - ④ Atención al embarazo, parto y puerperio conforme a los principios de la OMS 2001 y los derechos de la embarazada y el bebé de la Conferencia de Fortaleza (Brasil) 1985.
  - ④ Adecuar los programas de preparación al parto a los horarios de las personas embarazadas.
  - ④ Llevar a cabo partos más humanizados. Reducción de la actual tasa de cesáreas y partos inducidos y de la instrumentalización del parto. Ofrecer otras modalidades de parto (en el domicilio, posturas adaptadas...), garantizando un sistema sanitario que permita a las personas, con todas las garantías, poder decidir sobre su propio parto.
  - ④ Ampliación del permiso pagado por maternidad/paternidad para cada persona progenitora, independientemente de su sexo, orientación sexual o tipo de familia, intransferible y de igual duración, con el 100% del salario.
  - ④ Desarrollo de normas que no hagan de la maternidad un impedimento a la vida laboral y profesional de las mujeres.



- ④ Apoyo sanitario y social ante el embarazo no planificado/no deseado en los siguientes aspectos:
  - ④ Garantizar la práctica de las IVE en el sistema sanitario público, de forma que se garantice el carácter universal de esta prestación, con equidad territorial – en hospitales, centros de especialidades, dispositivos de cirugía menor ambulatoria y aborto farmacológico - y se normalice como prestación sanitaria para toda persona que decida interrumpir su embarazo, sin ningún tipo de discriminación, condicionamientos ni obstáculos.



- ☼ Mejora del protocolo para IVE (lugar de información, días de reflexión...) y otras medidas que garanticen el acceso, la confidencialidad, la información libre de discriminación, etc.
- ☼ Asegurar la difusión de información clara sobre la IVE dentro de los procesos regulares de atención sobre salud sexual y reproductiva a la población en general (centros de salud, hospitales, páginas web, materiales de difusión...).
- ☼ Asegurar un seguimiento protocolizado después de la IVE con el fin de fomentar prácticas sexuales seguras.
- ☼ Inclusión de la formación en atención afectivo sexual integral y derechos sexuales y reproductivos en los estudios de medicina, enfermería y otras profesiones sanitarias; así como sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que capaciten para su práctica tanto clínico-quirúrgica como farmacológica, con el fin de normalizar y de garantizar la preparación del conjunto de profesionales que la lleven a cabo.
- 🌀 Garantizar la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva al margen de los criterios morales de las personas que trabajan en los servicios públicos. El/la profesional ha de mediar, ofrecer información, consejos, ayudas y técnicas profesionales, siendo la persona usuaria la que toma las decisiones.
- 🌀 Incluir el proceso transexualizador completo en el catálogo de prestaciones sanitarias del servicio público y dotar adecuadamente a las Unidades de Atención a Personas Transexuales de los Hospitales para que apoyen a las personas transexuales en este proceso. Asegurar un trato digno y adecuado a su sexo sentido y su identidad, permitiendo que aparezcan con sus nombres elegidos en las aplicaciones informáticas y administrativas. Así mismo que sean informadas del impacto del proceso de cambio de sexo en su capacidad fértil y tengan la posibilidad de congelar sus óvulos o espermatozoides para poder ser madres y padres cuando termine el proceso.



Porque disfrutar de nuestra identidad sexual con libertad, autonomía e integridad es un derecho reconocido por la OMS



- ④ Despatologización de la transexualidad en el ámbito sanitario, eliminando el requisito de revisión psiquiátrica a las personas transexuales que acudan a la Unidad de atención a personas transexuales de los diferentes hospitales de Canarias.
- ④ Modificación de los formularios y protocolos, adaptándolos a las diversas realidades sexuales y familiares, eliminando cualquier trato discriminatorio por parte del personal sanitario.
- ④ Reducir la medicalización y mercantilización de la menopausia, propiciando la asunción de la misma con propuestas no agresivas para el cuerpo de las mujeres.
- ④ Asegurar el 100% de cobertura de la detección precoz de cáncer de mama y ginecológico.
- ④ Dotar a los equipos de salud mental de personal suficiente y formado en el ámbito afectivo-sexual desde una perspectiva de género, que pueda dedicar el tiempo necesario para atender a las personas usuarias, haciendo especial hincapié en la promoción de la salud mental infanto-juvenil.
- ④ Asegurar la existencia de, al menos, un recurso por Área Sanitaria para derivación de disfunciones sexuales y situaciones complejas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
- ④ Aumento de los presupuestos destinados a Sanidad. Cobertura pública, evitando la privatización de estos servicios.



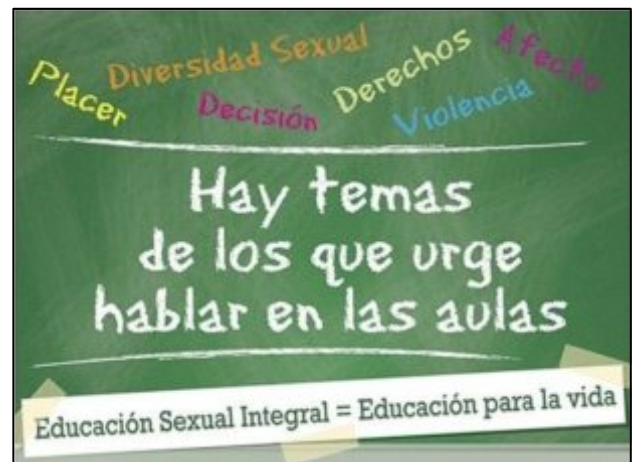


## 6. NUESTRAS PROPUESTAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Para avanzar, consideramos imprescindible la puesta en marcha de medidas que hagan realidad en todos los niveles educativos una Educación Afectivo Sexual Integral, con perspectiva de género, desde una visión positiva del hecho sexual humano y de la diversidad sexual, de género y familiar, con implicación de sus protagonistas y como una responsabilidad compartida; una educación que favorezca que las personas se formen para vivir satisfactoriamente, libre y sin riesgos su sexualidad (en sus diversas y plurales formas), así como que sepan resolver sus necesidades afectivas, relacionales y de vinculación, en el marco de una ética relacional de igualdad, sinceridad, respeto y responsabilidad.

Para ello son necesarias, entre otras, las siguientes actuaciones:

- ④ Explicitar la Educación Afectivo Sexual Integral como contenido a concretar en el currículo educativo, secuencias de aprendizaje, unidades didácticas, planes de igualdad, acción tutorial, de convivencia, de atención a la diversidad, actividades complementarias... que se desarrollen en todos los niveles educativos (Educación Infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional y Educación de Personas Adultas). Concretar un currículum obligatorio (aspectos fisiológicos y afectivo-emocionales) para cada etapa educativa.
- ④ Desarrollo de un plan global de formación en Educación Afectivo Sexual Integral, con impartición dentro de la jornada laboral, que contemple las especificidades de los distintos agentes educativos.
- ④ Oferta y apoyo al desarrollo de propuestas transversales e integradoras, de forma coherente con lo que se pretende, que impliquen aprendizajes y enseñanzas transferibles.
- ④ Convocatoria anual para la puesta en marcha de Proyectos Educativos Comunitarios de Educación Afectivo Sexual en centros educativos, con la finalidad de poder desarrollar una educación personalizada y coordinada con las familias y los diferentes recursos sociales, que asegure:
  - ⊗ El desarrollo de una Educación Afectivo Sexual Integral, con perspectiva de género, desde una visión positiva del hecho sexual humano y de la diversidad sexual, de género y familiar.
  - ⊗ La concreción de la EAS en los proyectos curriculares del centro.
  - ⊗ La implicación de toda la comunidad educativa, con la asunción de sus diferentes responsabilidades y funciones, y con condiciones de tiempos y espacios adecuados para ello.
  - ⊗ Un trabajo competencial y sistemático a lo largo del curso, que favorezca que las personas se formen para vivir satisfactoriamente, libre y sin riesgos su sexualidad.
  - ⊗ El desarrollo de una metodología que capacite al alumnado para resolver sus necesidades afectivas, relacionales y de vinculación, en el marco de una ética relacional de igualdad, sinceridad, respeto y responsabilidad.
- ④ Se promoverá la estabilidad y continuidad en el tiempo de aquellos proyectos que aseguren estas premisas, incorporando las mejoras que resulten de la evaluación de todos los agentes participantes, así como su difusión.







- ④ Elaboración y difusión de materiales y recursos didácticos que apoyen el desarrollo de la educación afectiva y sexual integral en las aulas y los centros educativos.
- ④ Dotación de fondos suficientes de educación afectiva y sexual (ensayos y literatura), que contemple la diversidad sexual, de género y familiar, en las bibliotecas, hemerotecas, videotecas... de los centros de todos los niveles educativos.
- ④ Establecimiento en los centros educativos de un protocolo de acompañamiento para garantizar el derecho a la identidad de género, la expresión de género y la intersexualidad. Difusión del mismo en toda la geografía canaria, con actividades de sensibilización en torno a estas realidades.
- ④ Inclusión de la formación en educación afectiva y sexual integral en los programas curriculares de las carreras relacionadas con el ámbito educativo, máster de capacitación oposiciones para la enseñanza.
- ④ Creación / ampliación de un equipo técnico en la Consejería de Educación, con personal especializado en EASI, que promueva propuestas educativas sistemáticas y continuadas en Educación Afectivo Sexual Integral, que asesore y forme al profesorado y a las familias, que seleccione/elabore materiales curriculares, promueva experiencias innovadoras en los centros, dinamice y coordine la colaboración con otras instituciones, asociaciones, sectores profesionales, etc.
- ④ Aumento de los presupuestos destinados a educación. No a la privatización de estos servicios.





## 8. OTRAS PROPUESTAS

- ⊗ Posicionamiento de rechazo del Gobierno de Canarias, Cabildos Insulares y Ayuntamientos de todas las leyes y medidas de ámbito estatal que atenten a los derechos sexuales y reproductivos, tales como la reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, restringiendo el derecho de las mujeres de 16-18 años, la reforma educativa (LOMCE), etc., así como al Concordato existente con la Iglesia Católica.
- ⊗ Creación de las condiciones estructurales y formativas para que la familia (en sus múltiples diversidades) se conforme como un contexto afectivo adecuado de convivencia. Es importante que padres y madres acepten incondicionalmente a sus hijos e hijas, los cuiden y los protejan, les traspasen progresivamente la responsabilidad sobre sus vidas, les transmitan mensajes de igualdad, respeto, afecto y promuevan la asimilación crítica de valores y normas sociales que fomenten el autocontrol y el desarrollo de comportamientos prosociales.
- ⊗ Los Servicios Sociales comparten la responsabilidad de promover la salud de la población. Se han de constituir en un recurso continuado y estable en la información, orientación y apoyo en el ámbito afectivo-sexual de la población en general:
- ⊗ Los Ayuntamientos y Cabildos, dentro de los Planes Zonales de Educación y Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, deben ofrecer recursos y proyectos continuados y estables en la atención a la sexualidad. Esto conlleva la mejora de la situación profesional de quienes trabajan en este sector, garantizando su continuidad en los puestos de trabajo, la mejora de sus condiciones laborales y su formación.
- ⊗ Se ha de ofrecer formación, orientación e instrumentos a las personas jóvenes para que puedan constituirse en mediadores juveniles en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- ⊗ Desarrollo de campañas de sensibilización dirigidas al conjunto de la sociedad y, en especial, a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad. Campañas que informen, refuercen valores, permitan avanzar en el respeto a la diversidad de formas de vivir la sexualidad, y también en el respeto a la diversidad de opciones y comportamientos ante un embarazo no planificado.
- ⊗ Activar el Teléfono de Información Sexual para Jóvenes como un servicio de calidad que dé respuesta real a las necesidades de la población juvenil en materia de información y orientación sexual, en estrecha coordinación con otros recursos sociosanitarios y que cuente con la necesaria labor de difusión y publicidad.
- ⊗ Inclusión de la formación en educación y atención afectivo sexual integral en los programas curriculares de las carreras relacionadas con el ámbito social y de intervención comunitaria, que proporcione conocimientos y habilidades que mejoren la calidad de la atención en los aspectos relativos a los derechos sexuales y reproductivos.





- ④ Aumento de los presupuestos destinados al ámbito social. Identificación de los servicios y prestaciones de responsabilidad pública, evitando la privatización de estos servicios.
- ④ Se ha de potenciar que los medios de comunicación creen corrientes de opinión favorables a la sexualidad y de respeto a la diversidad sexual , familiar y a las distintas opciones sexuales, así como fomentar su función educativa, su papel de agentes de promoción de la salud:
  - ④ Los decálogos de los medios de comunicación han de dejar de ser meras declaraciones de intenciones y se han de convertir en instrumentos regulados para impedir que difundan estereotipos sexistas, LGTBIfobia y, en algunos casos, realicen apología de la desigualdad.
  - ④ Formar a los y las profesionales de los medios de comunicación y de la publicidad.
  - ④ Ofrecer espacios de divulgación y debate respecto a la sexualidad y a los derechos sexuales en todos los medios de comunicación pública, procurando facilitar información rigurosa y con perspectiva de género, que no atente contra la integridad de la persona y la diversidad sexual.





## 9. FUENTES CONSULTADAS

### [Acceso a la anticoncepción en las Comunidades autónomas. FPFE](#)

El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). Octubre de 2016.

### [Acreditación para la Igualdad en el centro educativo](#)

Resolución de la Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa, por la que se convoca y se regula el procedimiento de Acreditación para la Igualdad en el centro educativo, en centros educativos públicos no universitarios de la comunidad autónoma de Canarias durante el curso 2017-2018.

### [Análisis de los presupuestos sanitarios 2017. CCOO](#)

Análisis de los presupuestos sanitarios 2017. Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CCOO. Septiembre de 2017.

### [Análisis sanidad privada en Canarias. IDIS. 2018](#)

Análisis de la sanidad privada en Canarias. Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad). 2018.

### [Área de Igualdad. Consejería de Educación](#)

### [Boletín epidemiológico sobre VIH. Junio 2017](#)

Boletín Epidemiológico sobre VIH nº 7, junio 2017. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

### [Boletín Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica](#)

Boletín Epidemiológico Anual Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica. Semanas 1-52 de 2017 (02 de enero al 31 de diciembre de 2017). Datos EDO.

### [Cabildo de Tenerife. Sexualidad juvenil](#)

### [Canarias aprueba su Ley de Igualdad con polémica](#)

Canarias aprueba su Ley de Igualdad con polémica entre PSOE y PP por un artículo sobre el derecho al embarazo. Europa Press. Febrero de 2010.

### [Canarias ha registrado 4.482 contagios por VIH en los últimos años](#)

Canarias ha registrado hasta 4.482 contagios por VIH en los últimos años. La Opinión. Febrero de 2018.

### [Canarias, la segunda comunidad con más cáncer de cérvix detrás de Baleares](#)

Canarias: la segunda comunidad con más cáncer de cérvix, detrás de Baleares. eldiario.es. Noviembre de 2016.

### [Canarias precisa al menos duplicar su plantilla de matronas](#)

Canarias precisa al menos duplicar su plantilla de matronas. Sindicato de matronas de España. Mayo de 2018.

### [Comité de los Derechos del niño de la ONU \(CRC\)](#)

### [Cuantía concertación IVE](#)

Servicio Canario de la Salud.- Resolución de 29 de marzo de 2017, del Director, por la que se modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías.

### [Currículos de la ESO. Canarias](#)

### [Currículo de Bachillerato. Canarias](#)



### [Currículos Formación Profesional](#)

#### [Decreto currículum de Primaria de Canarias](#)

DECRETO 89/2014, de 1 de agosto, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Canarias.

#### [Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España](#)

Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. AA.VV. Octubre de 2016.

#### [Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, ¡todas!](#)

Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, todas. Coordinadora Estatal de Organizaciones feministas. Diciembre de 2016.

#### [Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, ¡todas!. Informe Madrid](#)

Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, ¡todas!. Informe de Madrid. Asamblea feminista de Madrid. Diciembre de 2016.

#### [Dirección General de Salud Pública. ITS SIDA](#)

#### [El número de menores embarazadas crece por tercer año](#)

El número de menores canarias embarazadas crece por tercer año consecutivo. Diario de Avisos. Abril de 2016.

#### [El panorama social de Canarias. CESC](#)

Informe Anual 2017. Capítulo 3 Consejo Económico y Social de Canarias.

#### [Encuesta Anticoncepción SEC 2016](#)

Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España. Encuesta de Anticoncepción en España. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). 2016.

#### [Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud](#)

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

#### [Estrategia Nacional de SALud Sexual y Reproductiva](#)

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.

#### [Estrategia para la Igualdad de mujeres y hombres 2013-2020](#)

Estrategia para la Igualdad de mujeres y hombres 2013-2020. Gobierno de Canarias.

#### [Estudio implementación prueba VIH en Atención Primaria](#)

Estudio VIHAP, implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria. Informe final. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología Plan Nacional sobre el Sida. Diciembre 2016.

#### [Estudio sociológico sobre la juventud de Tenerife](#)

Estudio sociológico sobre la juventud de Tenerife. Cabildo Insular de Tenerife. 2017.

#### [Implantación Prestación IVE. SCS](#)

INSTRUCCIÓN nº 14/10, del Director del Servicio Canario de la Salud, relativa a la implantación de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo en el Servicio Canario de la Salud, en los supuestos establecidos en la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de Embarazo.

#### [Información general sobre IVE. SCS](#)

Información general sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE). SCS.



### [Informe de situación de las matronas en España](#)

Informe de la situación de las matronas en España. Federación de Asociaciones de matronas de España. 2014.

### [Informe del EPF revela las carencias de España en el acceso a los anticonceptivos](#)

Un informe del Foro del Parlamentario Europeo para la Población y el Desarrollo (EPF) revela las carencias de España en el acceso a anticonceptivos. Cuarto poder. Mayo de 2017.

### [Informe sobre la situación de la infancia y familia en Canarias](#)

Informe sobre la situación de la infancia y la familia en Canarias. Gobierno de Canarias. ULL. ULPGC. 2018. Informes y artículos de análisis y opinión Colectivo Harimaguada.

### [Instituto Canario de Estadística](#)

Datos de población del Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

### [Instituto Nacional de Estadística](#)

Datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

### [Intersindical Canaria lleva a los tribunales el fraude de las concertaciones con la sanidad privada](#)

Intersindical Canaria lleva a los tribunales el fraude de las concertaciones con la sanidad privada. Web de Intersindical Canaria. Marzo de 2018.

### [Instrucción IVE en menores. SCS](#)

Servicio Canario de la Salud.- Instrucción nº 8/2015, de 21 de octubre, del Director, por la que se modifica la Instrucción nº 14/2010, de 2 de julio, relativa a la implantación de la prestación de interrupción voluntaria de embarazo en el Servicio Canario de la Salud en los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo.

### [La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#)

Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU el 25 de septiembre de 2015.

### [La Educación Afectiva y Sexual. Un derecho, una prioridad](#)

La educación afectiva y sexual: un derecho, una prioridad. Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares. Septiembre de 2016.

### [La Igualdad de género en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#)

Hacer las promesas realidad. ONU Mujeres.

### [La IVE está disminuyendo en España](#)

[La IVE en España está disminuyendo y se realiza en las primeras semanas de gestación. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo \(ACAI\). Enero de 2018](#)

### [Las cesáreas en la sanidad pública y privada](#)

La probabilidad de tener un parto por cesárea en la sanidad privada es un 67% superior a un hospital público. eldiario.es. Abril de 2018.

### [Las enfermedades de transmisión sexual aumentan en Canarias](#)

Las enfermedades de transmisión sexual aumentan en Canarias. La incidencia de estas patologías es mayor en los varones. La Provincia. Agosto de 2018.

### [Las leyes de apoyo a la maternidad, papel mojado](#)

Las leyes de apoyo a la maternidad, papel mojado. La Ley canaria de Igualdad, aprobada en febrero de 2010, incluía algunas propuestas de la ILP de la Red Madre. Alfa y Omega. Noviembre de 2014.

### [Ley Canaria de Educación No Universitaria](#)

LEY 6/2014, de 25 de julio, Canaria de Educación no Universitaria. Gobierno de Canarias.



### [Ley Canaria de Igualdad entre mujeres y hombres](#)

Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres. Gobierno de Canarias.

### [Ley de reconocimiento de derechos de personas transexuales](#)

Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales (BOC 215, de 5.11.2014).

### [Ley de presupuestos de la Comunidad Autónoma Canaria 2018](#)

Presupuestos Generales de Canarias 2018.

### [Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE](#)

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

### [Ley Salud Sexual y Reproductiva. Modificación menores](#)

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

### [Los embarazos de adolescentes canarias no dejan de crecer](#)

Los embarazos de adolescentes canarias no dejan de crecer cada año. Canarias Semanal. Junio de 2018  
Manifiestos derechos sexuales. 2008 y 2014. Colectivo Harimaguada.

### [Moción mejora protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres](#)

8L/PNL-0314 Sobre apoyo de iniciativas tendentes a mejorar las vigentes medidas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. BOPC núm. 27, de 6/2/14.

### [Moción para avanzar en la erradicación de la violencia de género. Cabildo Insular de Tenerife](#)

Moción para avanzar en la erradicación de la Violencia de Género aprobada con el apoyo unánime de todos los grupos como acuerdo institucional del Cabildo de Tenerife. Cabildo de Tenerife. Noviembre de 2015

### [Moción para la mejora de la atención a menores víctimas de violencia de género.](#)

Moción aprobada en la Comisión Plenaria de Gobierno Abierto Tenerife 2030, Juventud e Igualdad. Cabildo de Tenerife. Julio de 2017.

### [Moción Institucional en materia de violencia de género. Cabildo Insular de Tenerife](#)

Moción Institucional en materia de violencia de género ante la conmemoración del 25 de noviembre de 2017. Cabildo Insular de Tenerife. 2017.

### [Oposición a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres](#)

España, uno de los países donde más crece la oposición a los derechos reproductivos de las mujeres. Diario Público. Diciembre de 2017.

### [Orientaciones técnicas internacionales sobre Educación en Sexualidad. UNESCO](#)

Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad Un enfoque basado en evidencia. Educación 2030. Unesco.

### [Pacto de Estado en materia de violencia de género. MSSSI](#)

Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Congreso+Senado. 2017.

### [PASAR](#)

Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud.

Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil. Gobierno de Canarias. 1997.



### [Plan de Salud de Canarias 2016-2017](#)

Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Servicio Canario de Salud.

### [Plan de parto y nacimiento](#)

Plan de parto y nacimiento. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

### [Plan Insular de infancia y adolescencia de Tenerife. Borrador](#)

Plan Insular de infancia y adolescencia de Tenerife 2018-2021. Borrador. Cabildo Insular de Tenerife. 2018.

### [Plan para la igualdad y prevención de la violencia de género. 2017-2020](#)

Coeducar en el Sistema Educativo canario. Plan para la Igualdad y prevención de la violencia de género 2017-2020. Consejería de Educación y Universidades. Gobierno de Canarias.

### [Políticas de salud sexual y reproductiva en España. Contra movimientos y marcos interpretativos en conflicto](#)

Políticas de salud sexual y reproductiva en España: Contra movimientos y marcos interpretativos en conflicto. [Alba Alonso Álvarez y Natalia Paleo Mosquera](#). Grupo de Investigación Armela. Universidad de Santiago de Compostela.

### [Protocolo de aborto inducido. SCS](#)

Protocolo aborto inducido Comunidad Autónoma de Canarias.

### [Protocolo de atención al parto normal](#)

Protocolo de atención al parto normal. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. 2010.

### [Protocolo para el el acompañamiento al alumnado trans\\*](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa, por la que se publica el protocolo para el acompañamiento al alumnado trans\* y atención a la diversidad de género en los centros educativos de Canarias.

### [Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales](#)

Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud.

### [Proyecto de Innovación Diversidades en construcción.](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se aprueba el Proyecto de Innovación "Diversidades en construcción. Una cuestión de educación" para su desarrollo durante el curso escolar 2017-2018 en centros públicos para los centros de educación secundaria, bachillerato y ciclos formativos de educación infantil, integración social y promotor de igualdad.

### [Proyecto de Innovación Diversigualdad](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se aprueba el Proyecto de Innovación denominado "Diversigualdad" para su desarrollo durante el curso escolar 2017-2018 en centros públicos de educación infantil y primaria de Canarias.

### [Proyecto de Innovación Fábrica de Valores](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se aprueba el Proyecto de Innovación denominado "Fábrica de valores: construyendo relaciones" para su desarrollo durante el curso escolar 2017-2018 en centros públicos de educación secundaria de Canarias.

### [Proyecto de Innovación Pluraleando](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se aprueba el Proyecto de Innovación denominado "Pluraleando" para su desarrollo durante el curso escolar 2017-2018 en centros públicos de educación primaria de Canarias.

### [Proyecto de Innovación Tándem](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se aprueba el Proyecto de Innovación denominado "Tándem" para su desarrollo durante el curso escolar 2017-2018 en centros públicos de educación primaria de Canarias.





[Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. Organización Mundial de la Salud.](#)

#### [Redes Educativas de Innovación](#)

Resolución de la Directora de la Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa por la que se convoca la selección y renovación de centros docentes públicos no universitarios para su participación durante el curso escolar 2017-2018 en las Redes Educativas de Innovación.

#### [Salud Pública intensifica las medidas de control y prevención para frenar el VIH](#)

Salud Pública intensifica las medidas de control y prevención para frenar el VIH en Canarias. eldiario.es. Septiembre de 2016.

#### [Sexualidad. Juventud Canaria](#)

#### [Una Agenda 2030 transformadora para las personas y el planeta](#)

Propuestas para la acción política. Informe de la Sociedad Civil Española. Año 2018

#### [Usuaris se quejan de paritorios obsoletos y falta de intimidad en el HUC](#)

Usuaris del HUC se quejan de paritorios obsoletos y falta de intimidad. La antigüedad de las instalaciones y del material y el espacio limitado contrasta con los recursos de la Candelaria. Diario de Avisos. Abril de 2018.

#### [Vigilancia epidemiológica de las ITS 1995-2015](#)

Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, mayo 2017.

#### [Vigilancia epidemiológica de las ITS. 2016](#)

Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2016. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, mayo 2018.

#### [Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. Junio 2017](#)

Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2016. Actualización 30 de junio de 2017. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

