

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

VOLUMEN 9

Educación para la Salud de la Mujer

Educación para la Salud de la Mujer
Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
(Matrona)

SANIDAD 2016

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

SANIDAD 2016

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinadores de la colección:

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona), aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo.

Dña. Juana María Vázquez Lara

Matrona del Área Sanitaria de Ceuta.

Coordinadora y Profesora de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) de Ceuta.

Coordinadora Nacional del Grupo de Trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Doctorando por la Universidad de Granada.

D. Luciano Rodríguez Díaz

Matrón. Hospital Universitario de Ceuta.

Profesor de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta.

Componente del Grupo de Trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Doctorando por la Universidad de Granada.

Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos

Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional

Alcalá, 56 28014 Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual pertenecen al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite explícitamente su procedencia.

NIPO en línea: 687-16-001-4

NIPO en papel: 687-16-018-4

ISBN (obra completa): 978-84-351-0416-6

ISBN (Volumen 9): 978-84-351-0431-9

DL: M 25049-2016

Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 1.963

Catálogo General de Publicaciones Oficiales: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>

En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública.

Diseño y maquetación: Komuso

Imprime: Advantía Comunicación Gráfica

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

VOLUMEN 9

Educación para la Salud de la Mujer

1. Educación para la Salud de la Mujer
2. Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)



Autores

Dña. María Auxiliadora Jiménez García

Matrona. Distrito Sanitario Costa del Sol.

D. Juan Manuel Mérida Téllez

Matrón. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).
Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental.
Profesor de la Unidad Docente de Matronas de Málaga.

Dña. Rocío Palomo Gómez

Matrona del Hospital Quirón Campo de Gibraltar, Los Barrios (Cádiz).

Índice general de la obra

La distribución de los volúmenes del Programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo es la siguiente:

VOLUMEN 1

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 1

1. Introducción
2. Reproducción Humana
3. Desarrollo Prenatal Humano

VOLUMEN 2

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 2

1. Embarazo

VOLUMEN 3

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 3

1. Parto
2. Puerperio y Lactancia
3. Recién Nacido

VOLUMEN 4

Enfermería Maternal y del Recién Nacido II. Parte 1

1. Problemas de Salud durante la Gestación

VOLUMEN 5

Enfermería Maternal y del Recién Nacido II. Parte 2

1. Complicaciones en el Trabajo de Parto y Alumbramiento
2. Problemas de Salud en el Puerperio
3. El Recién Nacido con Problemas de Salud

VOLUMEN 6

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 1

1. Cuidado de la Salud Reproductiva de la Mujer
2. Epidemiología y Demografía en Salud Reproductiva

VOLUMEN 7

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 2

1. Aspectos Socio-Antropológicos en Salud Reproductiva
2. Sexualidad

VOLUMEN 8

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 3

1. Atención a la Mujer con Problemas de Salud Reproductiva
2. Historia y Evolución de la Profesión de Matrona

VOLUMEN 9

Educación para la Salud de la Mujer

Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
(Matrona)

VOLUMEN 10

Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona)

Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Anexo II. Programa de Formación en Protección Radiología

Nota aclaratoria de la Coordinadora: aunque no supone ningún inconveniente para el estudio y las consultas, los capítulos de la asignatura Enfermería de la Mujer y de la Familia no guardan el orden exacto del BOE por motivos de organización.

Índice del Volumen 9

Educación para la Salud de la Mujer

1. Educación para la Salud de la Mujer	12
1.1. Educación para la salud de la mujer. Objetivos y funciones. Tendencias. Campos de acción. La mujer como agente de educación sanitaria	12
A. Educación para la salud de la mujer	12
B. Objetivos y funciones	18
C. Tendencias	21
D. Campos de acción	27
E. Agente de educación sanitaria	29
1.2. Educación sanitaria individual y educación sanitaria grupal. Ventajas e inconvenientes. Aplicaciones en los programas de salud de la mujer	31
A. Educación sanitaria individual y educación sanitaria grupal	31
B. Ventajas e inconvenientes	33
C. Aplicaciones en los programas de salud de la mujer	36
1.3. El aprendizaje en adultos. Teorías y estilos de aprendizaje. Características del aprendizaje en adultos	39
A. Introducción	39
B. Teorías de aprendizaje	39
C. Características del aprendizaje en adultos	46
1.4. Actitudes y comportamientos en salud. Consecuencias sobre la salud. Factores que influyen en el comportamiento. Obstáculos para el cambio en hábitos de salud de la mujer	50
A. Actitudes y comportamientos en salud	50
B. Consecuencias sobre la salud	52
C. Factores que influyen en el comportamiento	62
D. Obstáculos para el cambio en hábitos de salud de la mujer	64

1.5.	El proceso comunicativo en la educación para la salud de la mujer. Componentes de la comunicación y tipos de comunicación. Factores determinantes en el proceso comunicativo. Obstáculos comunicativos	67
	A. El proceso comunicativo en la educación para la salud de la mujer	67
	B. Componentes de la comunicación y tipos de comunicación	69
	C. Factores determinantes en el proceso comunicativo	83
	D. Obstáculos comunicativos	88
1.6.	Estrategias didácticas. Diferentes técnicas aplicadas a la educación para la salud. Elección de la técnica	92
	A. Estrategias didácticas	92
	B. Diferentes técnicas aplicadas a la educación para la salud	94
	C. Elección de la técnica	109
1.7.	Aplicación de la dinámica de grupos en los programas educativos para la salud de la mujer. Conducción de grupos: qué es un grupo. El grupo como agente educador. Dinámica de grupos	112
	A. Aplicación de la dinámica de grupos en los programas educativos para la salud de la mujer	112
	B. Conducción de grupos: qué es un grupo	113
	C. El grupo como agente educador	123
1.8.	Perspectiva de género en los programas de educación para la salud. El constructo de género como determinante de salud. El derecho de las mujeres a decidir sobre su salud	127
	A. Perspectiva de género en los programas de educación para la salud	127
	B. El constructo de género como determinante de salud	128
	C. El derecho de las mujeres a decidir sobre su salud	137
1.9.	Elaboración de un programa de educación sanitaria para la mujer. Objetivos: elaboración y características. Guía didáctica de actividades educativas. Evaluación: tipos de evaluación	140
	A. Elaboración de un programa de educación sanitaria para la mujer	140
	B. Objetivos: elaboración y características	146

C. Guía didáctica de actividades educativas	147
D. Evaluación: tipos de evaluación	149
2. Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	154
2.1. Derechos de la mujer y del recién nacido. Evolución histórica de los derechos de la mujer. Constitución española. Instituto de la mujer. Institutos de la mujer autonómicos. Planes de igualdad de la mujer. Resoluciones de las conferencias mundiales de la mujer. Legislación sobre los derechos del recién nacido	154
A. Derechos de la mujer y del recién nacido	154
B. Evolución histórica de los derechos de la mujer	160
C. Constitución española	165
D. Instituto de la mujer	171
E. Institutos de la mujer autonómicos	177
F. Planes de igualdad de la mujer	180
G. Resoluciones de las conferencias mundiales de la mujer	182
H. Legislación sobre los derechos del recién nacido	190
2.2. Derechos laborales y maternidad. Trabajo y embarazo. Peligrosidad. Despido y embarazo. Trabajo y maternidad. Prestación por maternidad. Lactancia. Permisos. Reducción de jornada. Excedencia	195
A. Derechos laborales y maternidad. Trabajo y embarazo	195
B. Peligrosidad	196
C. Despido y embarazo	204
D. Trabajo y maternidad	206
E. Prestación por maternidad	207
F. Lactancia	222
G. Permisos	223
H. Reducción de jornada	228
I. Excedencia	230
2.3. Aspectos éticos del trabajo de la matrona. Principios bioéticos. Modelos de toma de decisiones éticas. Valores, creencias y actitudes. Código de ética de la confederación internacional de matronas. Objeción de conciencia. Secreto profesional	232

A.	Aspectos éticos del trabajo de la matrona. Principios bioéticos	232
B.	Modelos de toma de decisiones éticas	234
C.	Valores, creencias y actitudes	241
D.	Código de ética de la confederación internacional de matronas	244
E.	Objeción de conciencia	247
F.	Secreto profesional	249
2.4.	Responsabilidades legales de la matrona. Responsabilidad civil y administrativa. Responsabilidad penal. Consentimiento informado. Lesiones al feto	254
A.	Responsabilidades legales de la Matrona. Responsabilidad civil y administrativa	254
B.	Responsabilidad penal	259
C.	Consentimiento informado	267
D.	Lesiones al feto	273
2.5.	Control y protección del ejercicio profesional. Funciones específicas de la matrona. Directivas de matronas de la Unión Europea. Colegios profesionales. Confederación internacional de matronas. Asociaciones. Intrusismo profesional	274
A.	Control y protección del ejercicio profesional. Funciones específicas de la matrona	274
B.	Directivas de matronas de la Unión Europea	276
C.	Colegios profesionales	282
D.	Confederación internacional de matronas	283
E.	Asociaciones	284
F.	Intrusismo profesional	285
2.6.	Nacimiento. Registro Civil: Certificado de nacimiento. Inscripción del recién nacido. Supuesto de parto	287
A.	Nacimiento. Registro Civil: certificado de nacimiento	287
B.	Inscripción del recién nacido	291
C.	Supuesto de parto	293
2.7.	Reproducción asistida. Inseminación artificial. Fecundación in vitro y transferencia de embriones. Maternidad subrogada.	

Manipulación genética. Donación de células madre. Legislación vigente	295
A. Reproducción asistida	295
B. Inseminación artificial	298
C. Fecundación in vitro y transferencia de embriones	301
D. Maternidad subrogada	303
E. Manipulación genética	305
F. Donación de células madre	306
G. Legislación vigente	309
2.8. Contracepción e interrupción del embarazo. Aspectos legales de la contracepción. Legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo	325
A. Contracepción e interrupción del embarazo	325
B. Aspectos legales de la contracepción	326
C. Legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo	327
2.9. Delitos contra la libertad sexual. Agresiones sexuales. Violencia de género. Abuso sexual. Legislación vigente. Centros de denuncia y acogida	337
A. Delitos contra la libertad sexual	337
B. Agresiones sexuales	338
C. Violencia de género	342
D. Abuso sexual	348
E. Legislación vigente	351
F. Centros de denuncia y acogida	354
2.10. Adopción y acogimiento de un hijo. Organismos canalizadores. Requisitos. El niño en situación de desamparo. Legislación vigente	355
A. Adopción y acogimiento de un hijo	355
B. Organismos canalizadores	359
C. Requisitos	365
D. El niño en situación de desamparo	366
E. Legislación vigente	378

Bibliografía

379

1. Educación para la Salud de la Mujer

1.1. Educación para la salud de la mujer. Objetivos y funciones. Tendencias. Campos de acción. La mujer como agente de educación sanitaria

A. Educación para la salud de la mujer

Las transformaciones sociales en las que se halla inmerso el mundo actual, exigen de la educación, una continua adaptación a formas de vida distintas, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando.

Desde un marco de promoción de la salud, en el que se encuadra la educación para la salud (carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986), sería una forma concreta de trabajo orientada hacia la adquisición por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la salud.

La educación para la salud, como herramienta de la promoción de la salud, tendrá que ocuparse de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la Salud de la Comunidad.

Sabemos que las necesidades cambian y la medicina curativa es insuficiente como sistema de salud. Los problemas sanitarios de la población requieren para su prevención un tratamiento educativo.

Conviene señalar la complejidad que supone definir conceptualmente la expresión “Educación para la Salud”; esta expresión no podría entenderse con nitidez si no se aclarase el significado de ambos términos.

a. Concepto de educación

Debe abarcar las siguientes realidades básicas:

- El término educación designa no sólo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad “acción y efecto de educar”.
- La educación propiamente dicha se refiere al hombre, es un proceso humano.
- La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma.
- El fin de la educación debe implicar una mejora, dignificación o perfeccionamiento del ser humano.
- La educación depende y está condicionada por un “sistema de valores”, del que recibe inspiración y guía.
- La educación estará sometida y debe respetar las exigencias básicas de libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona.
- La educación no se comprende sin una referencia a la persona humana como un todo y unidad psicofísica indivisible y no sólo a un aspecto o dimensión de la misma.

El hombre está condicionado por su dotación genética, ambiente y experiencia. Nacemos como señala Delval (1994) con disposiciones y no con conductas ya hechas, y es esta indeterminación la que necesita de la educación para poder desarrollarse plenamente y conformar su propia vida. La naturaleza inacabada del hombre requiere de la educación, la ayuda necesaria para poder desarrollar todo su potencial humano.

La educación como sistema social se inicia en la familia y se ayuda con la aparición de la escuela e incluye también los medios de comunicación de masas, grupos informales, ambiente urbano, clase social, la formación permanente o continua en el trabajo, ocio, tiempo libre, etc.

b. Concepto de salud

El término salud proviene del latín *salus-utis* y significa “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”.

El sentido de salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos.

En los primeros años de la historia se mantuvo el pensamiento primitivo (mágico-religioso), creencia de que la enfermedad era un castigo divino, que aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, América y Australia.

Las civilizaciones egipcia y mesopotámica, iniciaron el primer cambio, pasando del sentido mágico-religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública.

En la civilización romana, el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo, eran las principales preocupaciones sanitarias. Construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas y para alejar los productos de desecho.

El periodo medieval es considerado el de las grandes epidemias. Se centraron fundamentalmente en las medidas preventivas.

El periodo científico abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta comienzos del siglo XX. Se abren nuevas perspectivas de optimismo en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles, con los avances en bacteriología en el siglo XIX, el descubrimiento de la penicilina por Fleming en la primera mitad de nuestro siglo, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de la Seguridad Social y las campañas de vacunación.

La Organización Mundial de la Salud en su Carta Magna (1946) define la salud como “completo estado de bienestar físico, psíquico y social”. Incluía junto a la dimensión física, la psíquica y social, pero ha recibido muchas críticas, porque se ha calificado de absoluta, estática y utópica.

A partir de este momento se han formulado numerosas definiciones sobre el concepto de salud, todas en términos positivos. Actualmente no se entiende la salud como ausencia de enfermedad.

Matarazzo (1980) utiliza en el concepto de salud el término “conducta”, definiendo la salud conductual como: un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de salud que estimula la responsabilidad individual, hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

En la década de los setenta, una serie de estudios ponen de manifiesto no sólo los factores internos del individuo, sino también externos (ambientales y sociales). Algunos autores como Hernán San Martín y otros, definen la salud como el grado de interacción del hombre con su medio.

Ivan Illich define la salud como “la capacidad de adaptación al entorno cambiante: la capacidad de crecer, de envejecer, de curarse, la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz”. Hace referencia a la capacidad de la persona, valorando la autonomía y el autocuidado, considerando que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida y pone de manifiesto que se puede vivir en salud aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona.

La oficina regional para Europa (1986) entiende la salud como “la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente”.

c. Educación para la salud

Es uno de los instrumentos de la atención sanitaria en general, y en particular de la atención primaria, para conseguir mejorar la salud de las poblaciones. Es una de las acciones fundamentales para el fomento y protección de la salud de la población.

Los trabajos de Winslow, en la década de 1920 que incluyó la educación sanitaria como una de las acciones fundamentales para el fomento y la prevención de la salud de las poblaciones.

Se constituye como materia autónoma en 1921 con el primer programa de educación para la salud que impartió el Instituto de Massachusetts. Aunque este término se había empleado por primera vez en 1919, en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

Son muchas las definiciones que se han formulado para la expresión “educación para la salud”.

En 1926, Wood elaboró una de las primeras definiciones de educación sanitaria como “la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y la comunidad”.

En 1943, Derryberry define la educación sanitaria como “un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera saludable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población”.

El fundador de la escuela italiana de educación sanitaria de la Universidad de Perugia, A Seppilli, en 1958, lo describe como “una intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud”. Los planteamientos centrales de la escuela de Perugia son “la educación para la salud es un proceso constante que debe ir más allá de los objetivos específicos de actividades educativas concretas y debe promover una acción cultural más amplia que refuerce los valores que favorezcan la salud”.

En 1959, Gilbert define educación sanitaria como “instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud”.

La primera organización profesional surge en 1922: The Public Health Education sección de la American Public Health Association. Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional y en 1977, se edita un documento que regula las funciones de los educadores de salud pública. El número de programas ha ido en aumento,

considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad.

Una de las definiciones más debatidas ha sido de la OMS como “acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento”. La crítica fundamental se basa en la expresión “acción ejercida”, entendida como limitación del nivel de autonomía del alumno, carente de eficacia. Esta primera definición ha ido evolucionando.

En 1978, la OMS en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. Era una necesidad urgente por parte de todos los gobiernos, de proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta demasiado optimista, alcanzar la “salud para todos en el año 2000”.

La 36ª Asamblea Mundial de la Salud, define la educación para la salud como “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”.

Green (1976), la educación para la salud puede entenderse como “cualquier combinación de oportunidades, de aprendizaje, encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”.

Henderson (1981), es una definición muy utilizada en EEUU como “proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afecta a la salud personal y de la comunidad”.

Lawrence W. Gordon, la educación para la salud es “toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar cambios de comportamientos saludables”.

IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine (EEUU 1975), como “proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos”.

Perea Quesada R (1992), como “proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones, tanto individuales como sociales y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”.

La principal finalidad de educación para la salud no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables.

Costa M. López E. (1996). Las estrategias educativas y los objetivos de cambio deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, pues resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta, si no se promueven al mismo tiempo, cambios ambientales adecuados.

La educación para la salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana. El hombre es un ser condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que la acción educativa debe orientarse, no sólo al cambio de aquellos factores nocivos del contexto sino también a los propios hábitos y tendencias.

Los factores que condicionan la salud de las personas son: económicos, educativos, políticos, ambientales, sanitarios, sociales...

Schüller A. (1997), conseguir la salud óptima supone cumplir unos objetivos primordiales: paz, alimentos y agua suficiente, educación sanitaria y justicia social pertinente, viviendas dignas, planificación y programas de investigación comunitarios y organización de estructuras sanitarias a todos los niveles.

La primera célula de la socialización es la familia, es en ella donde debe iniciarse la formación, también la escuela tiene una función importante, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario, pues la salud implica una responsabilidad individual y social, donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función de las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

La educación para la salud aborda no sólo la transmisión de información, sino el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, Además, se incluye la información sobre factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud y también sobre los comportamientos de riesgo y el uso adecuado del sistema de atención sanitaria.

Al margen de las diferentes tendencias existe el consenso de que educar para la salud requiere mucho más que simplemente información y cuya finalidad no es proporcionar conocimientos sino conseguir cambios en las actitudes y los estilos de vida.

B. Objetivos y funciones

a. Funciones

La educación para la salud debe responder a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Son tres las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, siendo necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades y los factores con ellas relacionados.

La Educación para la Salud de la mujer es amplia y debe cubrir distintas etapas como:

- Consejo reproductivo: asesoramiento contraceptivo, atención en las dificultades reproductivas y sexualidad.
- Atención de los jóvenes en materia sexual y reproductiva y prevención de los comportamientos de riesgo.
- Atención materno infantil: educación sanitaria en embarazo, parto y puerperio, control y seguimiento del embarazo, diagnóstico prenatal, educación grupal en embarazadas, control y seguimiento del parto, vinculación afectiva con el recién nacido y atención durante el puerperio.
- Prevención del cáncer ginecológico y de mama, cuidados específicos en estas enfermedades y prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual.
- Atención durante la menopausia: cuidados específicos y tratamiento.
- Atención a las patologías ginecológicas más frecuentes.
- Aspectos éticos de la atención maternal, para mayor autonomía y toma de decisiones durante el embarazo y parto.
- Violencia de género.

b. Objetivos

Fundamentalmente la educación para la salud de la mujer, persigue la integración y participación de la mujer en el proceso de su salud, fomentando en todo momento la toma de decisiones propias y la involucración en su propia salud, siendo los profesionales sanitarios, los facilitadores de información y de los instrumentos que permitan mejorar la salud.

Los profesionales sanitarios no deben limitarse a cuidar, sino a educar y participar en el proceso de salud de la mujer, permitiendo que sea la mujer la que tome sus decisiones, una vez que ha sido informada, facilitando los elementos de comprensión y actuación adecuados.

- Objetivos generales
 - El objetivo fundamental de la educación es el aprendizaje.
 - Conseguir que la salud se inserte en los “valores” de la comunidad.
 - Ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica, para resolver los problemas de salud.
 - Favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios.
- Objetivos específicos
 - Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.
 - Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
 - Promover conductas positivas favorecedoras de la salud en general.
 - Promover cambios medioambientales que ayuden a modificar comportamientos.
 - Promover el autocontrol y los autocuidados de la mujer.
 - Capacitar a las mujeres para tomar sus propias decisiones por medio de la participación activa en el proceso de la salud.
 - Conocer los principales problemas de los jóvenes en su salud reproductiva.
 - Determinar estrategias preventivas para los comportamientos de riesgo entre jóvenes.
 - Conocer los servicios de atención a los jóvenes.
 - Determinar la importancia de los programas educativos en los centros escolares como actividades preventivas comunitarias.
 - Identificar los condicionantes socioculturales relacionados con la menstruación.
 - Ofrecer educación sanitaria sobre la menstruación.
 - Identificar las alteraciones del ciclo menstrual, sus causas y cuidados.

- Conocer los métodos anticonceptivos y orientar en las técnicas de aplicación.
- Conocer los factores y causas de esterilidad.
- Conocer los diferentes tipos de tratamiento de reproducción asistida.
- Explicar los aspectos de la violencia de género en las diferentes etapas de la vida de la mujer, con especial atención a la violencia durante el embarazo.
- Conocer el protocolo de actuación en caso de violencia de género.
- Describir las diferentes medidas de prevención de las que se dispone para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- Conocer la estructura del sistema reproductor y órganos genitales masculinos y femeninos.
- Conocer el proceso de la fecundación e implantación.
- Identificar los cambios físicos del embarazo.
- Saber los síntomas más frecuentes del embarazo y cuidados para aliviarlos.
- Valorar la influencia de los factores culturales en el embarazo.
- Conocer los cambios emocionales y psicológicos de la mujer embarazada, de su pareja y entorno familiar.
- Conocer los controles que se realizan en una visita prenatal, pruebas y exploraciones que se solicitan.
- Conocer la periodicidad de las visitas prenatales.
- Lograr que la mujer y su pareja vivan el embarazo de forma positiva.
- Conocer las modificaciones y autocuidados necesarios en el embarazo.
- Diferenciar los alimentos y raciones que componen una dieta equilibrada para planificar una dieta nutritiva y saludable en el curso del embarazo.
- Proporcionar a la mujer gestante educación sanitaria para enseñarle cómo autocuidarse en cualquier situación de riesgo del embarazo.
- Identificar signos y síntomas del inicio del trabajo de parto.
- Enseñar a la madre la manera de cuidar de sí misma y del lactante.

- Conocer las bases fisiológicas y técnicas de la lactancia materna.
- Conocer los aspectos que pueden dificultar el proceso de lactancia.
- Conocer las diferentes etapas de la menopausia y sus características y ofrecer educación sanitaria orientada a la mejora de la calidad de la vida de la mujer.
- Describir el tracto urinario inferior femenino y conocer los músculos del suelo pélvico.
- Clasificar los tipos de incontinencia y elaborar un programa para la promoción de la continencia.
- Conocer las medidas preventivas del cáncer de cérvix y útero.
- Identificar los factores de riesgo y las condiciones que influyen en la aparición del cáncer de cérvix y útero.
- Determinar la importancia de la detección precoz y conocer las pruebas, exploraciones diagnósticas y tratamiento.
- Conocer los factores de riesgo del cáncer de mama.
- Conocer las recomendaciones nutricionales para la prevención del cáncer de mama.
- Identificar las formas en que la enfermedad y sus tratamientos influyen en la sexualidad.
- Aprender la terapéutica preventiva del linfedema de la extremidad superior.

C. Tendencias

A través del estudio de las diferentes tendencias de educación para la salud podemos entender las líneas ideológicas que han marcado su desarrollo, Estas tendencias han orientado los más variados y, a veces, antagónicos modelos de educación para la salud. Estos modelos son los que se aplican en la práctica profesional, en la forma de ejercer como agentes de salud con los individuos y comunidad.

No hay prácticas de educación para la salud puras que puedan ser adscritas a un determinado modelo, sino matices que se traducen en la preferencia de utilizar diferentes estrategias y métodos.

Hay multidisciplinaridad en educación para la salud porque las ciencias de la salud y los profesionales sanitarios no son los únicos responsables. Aspectos de otras ciencias e incluso profesionales de otras disciplinas se incorporan a los equipos sanitarios para el diseño de intervenciones de educación para la salud.

En el proceso para lograr que los individuos y los grupos de la comunidad adopten comportamientos y posean habilidades para vivir en salud, han de intervenir aspectos relativos a:

Las ciencias de la salud: conocimientos de medicina, enfermería, fisioterapia, odontología, nutrición... Se aplican en promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, tratamiento, cuidados y recuperación de la salud.

Las ciencias de la educación: base para comprender el aprendizaje y los modelos y técnicas educativas que lo favorecen. Lo que facilita el cambio de nuevas conductas.

Las ciencias del comportamiento: colaboran en el conocimiento de las conductas, individuales (psicología) o grupales (sociología), o en el conocimiento de modos de vida y culturas (antropología), facilitando las distintas formas de cambiar las conductas.

Las ciencias de la información: ayudan a comprender los modos en que las personas se comunican, elaborar mensajes para que sean eficaces y cómo pueden ser recibidos y las mejores formas de establecer relaciones de retroalimentación.

Durante la década de los setenta, Salleras distingue dos periodos en el desarrollo del concepto de educación para la salud y sus contenidos:

a. Periodo clásico

En él sólo se incluían acciones dirigidas al individuo, con el objetivo de responsabilizarlo del cuidado de su propia salud, tratando de modificar conductas insanas individuales.

Aun cuando en la evolución se recoge la necesidad de capacitar a la comunidad en general y la de ampliar el campo de acción a cualquier estadio de salud, las definiciones y modelos de educación para la salud existentes, fueron bastantes criticados por omitir la consideración de los factores ambientales, físicos y sociales, hoy considerados fundamentales en la adopción de comportamientos.

Podemos considerar este periodo influenciado fundamentalmente por los siguientes enfoques:

- Biologicista, subraya la información de tipo anatómico y fisiológico.
- Psicologicista, subraya la importancia del comportamiento individual como responsable de las prácticas de salud y en consecuencia de la morbilidad.

Modelo biomédico

En base a unos principios basados en la ciencia médica clínica. Considera el comportamiento individual como factor etiológico de la enfermedad, por lo que su objetivo es la modificación de comportamientos individuales. Metodológicamente plantea el aporte de conocimientos como elemento suficiente para conseguir el objetivo.

Modelo informativo

Considera la falta de información como causa etiológica de la enfermedad.

Metodológicamente acentúa la importancia del aporte magistral de información, adoptando el contenido y la forma al receptor, pero considerándolo parte esencial del proceso. Basado en un concepto higienista de salud (impartir conocimientos sobre comportamientos saludables) y con una pedagogía tipo tradicional- magistral, unidireccional que no estimula la capacidad de razonamiento.

Modelo conviccional o de creencias en salud

Es una de las aportaciones más importantes de la psicología al campo de la Educación para la salud. Formulado originalmente por Rosentock y Leventhal.

Este modelo sugiere que las creencias de la población influyen en la toma de decisiones en relación a los comportamientos de salud. Contiene los siguientes elementos:

- Preparación psicológica del individuo.
- Las claves o señales para el cambio de comportamiento, llamadas “estímulos de acción”. Estos estímulos pueden ser, internos y externos.
- Las variables sociodemográficas y estructurales que pueden influir en las percepciones, pero no las considera directamente causales de conductas de salud.
- La motivación, la confianza en el terapeuta, el sistema de asistencia y las características de la relación terapeuta-paciente.

Al no tomar en consideración el medio ambiente social, resulta inútil explicar los comportamientos en las personas “sanas”, en las que los factores ambientales tienen un papel fundamental.

Es un modelo subjetivo que da importancia a la información en el cambio de actitudes, pero no garantizan cambios de conducta.

Modelo de Decisiones en Salud (M.D.S.)

Sobre preferencias del paciente en relación al cumplimiento terapéutico.

Modelo persuasivo-motivacional

Conocido como modelo preventivo, actitudinal o K.A.P, redactado por O Neill en 1979. Incluye la motivación como elemento imprescindible.

La información debe ser veraz, completa, clara y comprensible. Para mayor eficacia, debe ser dada repetidamente por el mayor número de fuentes posibles.

En la práctica, el mensaje lleva implícito el elemento motivacional, por lo que el cambio de conocimientos se produciría a la vez que el cambio de actitudes, que irá seguido del cambio de conducta.

Según Havland, las fases del modelo serían:

Suministro de información	Exposición del mensaje Atención al mensaje Comprensión al mensaje
Cambio de actitudes	Aceptación o rechazo de la opinión planteada Persistencia del cambio de actitud
Cambio de conducta	Cambios del comportamiento

Se distingue entre “motivaciones naturales o intrínsecas”, derivadas de la pirámide de las necesidades básicas de Maslow, y las “motivaciones operacionales o extrínsecas”, derivadas de las circunstancias de cada etapa del ciclo vital.

Este modelo está en crisis en la actualidad por:

- El desarrollo por parte de los receptores de mecanismos de defensa llamados “exposición, percepción o retención selectiva”, haciendo que la comunicación alcance el cambio de actitudes en pocos casos.
- Por la demostración del cambio de actitud como elemento necesario pero no suficiente para el cambio de conducta.

Kapferer aportó otros elementos que influyen en el cambio de comportamiento, llamados “contingencias situacionales”. Modelo de las contingencias situacionales de Kapferer. Las variables más importantes son: la inclusión de instrucciones en el mensaje de cómo cambiar la conducta, la existencia de recursos de apoyo para el cambio de conducta y la presencia de un medio ambiente favorable como soporte al cambio de conducta. Sería el que mejor explicaría la modificación de comportamientos en adultos.

b. Periodo actual

Las llamadas Nuevas Tendencias, entre sus objetivos consideran de forma destacada la necesidad de incidir sobre el medio ambiente social inmediato al individuo, generar y modificar comportamientos en el sujeto ya enfermo e implicar a la comunidad en todas las fases del proceso comunicativo.

Como precursor de este nuevo enfoque de educación para la salud, cabe destacar el centro experimental de educación sanitaria de la Universidad de Perugia, centro de referencia a nivel mundial desde su fundación por Seppilli.

En la concepción actual, la definición más completa de Educación para la Salud, que considera todos los aspectos, es la propuesta por el **IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine (U.S.A, 1975), presidida por Anne R. Somers**. Establece que la **Educación para la Salud** “es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”. Incluye una serie de acciones:

- Informar a la población sobre la salud, enfermedad, invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población a conseguir hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a la adquisición de los conocimientos, actitudes y habilidades para mantener un estilo de vida saludable.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación para la salud de la comunidad.
- Incrementar mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetos propuestos.

La educación para la salud no es sólo la aplicación de técnicas de modificación de conductas individuales o grupales, sino una tarea de rediseño ambiental y personal que permitiera que las opciones de conductas más saludables fueran también las más fáciles de adoptar.

Las aportaciones que más destacan en el campo de la educación para la salud, surgen de los nuevos modelos de educación para la salud, también llamados modelos críticos (O'Neill 1980), clasificados en:

Modelo político-económico-ecológico

También llamado ambientalista, radical y ecológico.

Consideran que los programas educativos han tenido un carácter culpabilizador hacia el comportamiento individual, cuando el verdadero responsable es el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo.

Los defensores de este modelo consideran la importancia de la clase social, como determinante de las desigualdades en salud y abogan por las clases más desfavorecidas al ser la pobreza el principal condicionante de enfermedad.

El papel del educador sanitario sería, despertar la conciencia de la población respecto a las relaciones existentes entre las condiciones, los estilos y la calidad de vida de la población.

Modelo de desarrollo personal y de habilidades sociales

Considera el papel decisivo que juegan los factores conductuales: lo que se hace o no en una situación dada y cómo nos comportamos, determina directa o indirectamente la salud.

El objetivo de este modelo es facilitar al individuo una elección debidamente informada.

Pretende contribuir al desarrollo personal y social, aumentar la autoestima, a sentirse bien en el ámbito escolar, familiar y social, dotando de los recursos (habilidades personales y sociales) necesarios, para desarrollar la autonomía y responsabilidad en la consecución de conductas saludables.

Las habilidades sociales son consideradas factores decisivos en la prevención del consumo de tóxicos (drogas, alcohol y tabaco), así como los problemas psicosociales como fobias, depresiones, inadaptaciones, aislamiento, problemas sexuales, de pareja y delincuencia.

La estrategia va dirigida a promover creencias y actitudes saludables, reforzando el locus o control interno del individuo (determinante conductual), capacitándole para resistir las presiones sociales tendentes a desarrollar hábitos no saludables. Se ve favorecido por la entrada en vigor de la Ley 1/90 de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E), pues en los objetivos de cada área o materia se hacen referencia a factores educativos y conductuales, relacionados con la prevención y la salud.

Modelo pragmático o multifactorial

Enfoque asumido por la OMS, al comprobar la inutilidad de dirigir los esfuerzos en cuanto al cambio de comportamientos en la población si no se actúa sobre las dimensiones económicas y sociales implicadas en el problema de salud.

Parte de la base de la intervención a través de la comunicación persuasiva (Modelo K.A.P) en la población, adoptando las aportaciones del modelo político-económico-ecológico, para intervenir en los determinantes sociales de salud, por tanto tiene una base multifactorial, de ahí su nombre.

D. Campos de acción

La educación para la salud, puede ser agrupada en tres campos de acción:

- Prevención primaria: “todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de nuevos casos”. Acciones dirigidas a la población “sana” con intervenciones de carácter no específico (acciones de promoción de la salud como educación vial, planificación familiar...) e intervenciones de carácter específico (frente a un problema específico como vacunaciones, evitar riesgos laborales...).
- Prevención secundaria: “todos aquellos actos destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución y duración”. Basada en aquellas acciones dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. Fundamentalmente: el autoexamen, participación de la población y la detección precoz o screening.
- Prevención terciaria: “todos aquellos actos dirigidos a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad”. Se incluyen las acciones destinadas a evitar nuevas complicaciones, controlando el avance de la enfermedad o sus secuelas y estableciendo actividades de rehabilitación. Se intenta a través de la prevención terciaria, mejorar la calidad de vida del sujeto que se encuentra en estado de enfermedad.

El campo de acción de la educación para la salud, lo constituye toda la comunidad, grupal o individualmente. Debe tenerse en cuenta la realidad cultural y social de los distintos grupos diana a los que se dirige la acción educativa.

No hay un programa único de educación sanitaria, sino varios programas con objetivos distintos y campos de acción diferenciados.

Podemos considerar los campos de acción de la educación para la salud desde dos perspectivas: salud-enfermedad o bien las etapas del ciclo vital.

A efectos de educación para la salud, podemos aceptar como sano “el que es capaz de llevar a cabo normalmente todas sus capacidades, sin necesitar cuidados asistenciales” y enfermo “el que la sociedad confiere tal estatus por tener más o

menos limitadas sus competencias a causa de la enfermedad, lo que suele coincidir con la necesidad de recibir cuidados asistenciales”. Se conoce a los primeros como consumidores (consumers) y a los segundos pacientes (patients).

Educación para la salud de la población sana

Constituye uno de los principales campos de acción para que la comunidad reconozca los factores determinantes de enfermedad y desarrolle hábitos y estilos de vida saludables. No todos los individuos considerados “sanos”, tienen el mismo grado de desarrollo comportamental:

- Un primer grupo, joven, que aún no ha adquirido comportamientos insanos. La educación para la salud debe llevarse a cabo en la escuela, orientada a promoción de la salud y adquisición de conductas saludables. Fundamentalmente se utiliza la metodología educativa.
- Un segundo grupo, adulto, que ya ha adquirido hábitos insanos. La educación para la salud se lleva a cabo en el medio laboral y en la comunidad. El objetivo será fomento y protección de la salud mediante la modificación de hábitos insanos.

Se distinguen tres campos de actuación de educación para la salud en la población sana: en la escuela, en el medio laboral y en la comunidad.

Educación para la salud de la población enferma

Se puede distinguir según el marco de desarrollo de la actividad (hospital, centro de salud o domicilio) o según la clase de problema o necesidad. Es un grupo muy receptivo a la educación para la salud porque tiene un elemento motivador importante que es la recuperación de la salud. También es imprescindible intervenir sobre la familia que también está muy receptiva. La educación debe realizarse con métodos participativos, fomentando la comprensión, los factores causales e incidiendo en mejorar el cumplimiento terapéutico.

Podemos distinguir distintas áreas de aplicación de la educación para la salud:

- El medio familiar: se debe considerar a los responsables de la educación familiar como verdaderos agentes de educación para la salud, por la influencia informal que puede ejercer sobre los distintos componentes.
- El medio escolar: el programa de educación para la salud es uno de los más eficientes porque el educando es más receptivo. Debe intentar el desarrollo de habilidades para adoptar estilos de vida saludables en la madurez. Las estrategias deben dirigirse también a padres y profesores, para que puedan participar en la planificación y desarrollo de las acciones.

- El medio laboral: tiene por objetivo informar a los trabajadores de los principales riesgos y sus derechos en relación a ellos, promoviendo comportamientos positivos en relación con la seguridad, riesgos mecánicos, físicos, químicos y sociales. También actuación preventiva de las principales enfermedades crónicas (aunque no propias del medio laboral).
- El medio social: siendo el objetivo principal el fomento y protección de la salud de la población “sana”, erradicando conocimientos, actitudes y hábitos nocivos y promoviendo que el mantenimiento de la salud, alcance uno de los primeros lugares en la escala de valores sociales. Programas que se planifican desde la base de los niveles primario (fomento de comportamientos positivos) y secundario (protección, dirigido a los grupos de riesgo) de prevención. También implica la motivación de la población.

E. Agente de educación sanitaria

Se entiende por agente de educación sanitaria, a toda persona de la comunidad que contribuye a que los individuos y grupos desarrollen conductas positivas de salud.

Hay una serie de profesiones que por sus conocimientos y actividades tienen más facilidades para transmitir mensajes de salud a la población, entre ellos los profesionales sanitarios. Y otras disciplinas no sanitarias, especialmente la enseñanza y medios de comunicación social.

Estos profesionales son agentes de educación sanitaria desde una doble perspectiva: la formal (intencionada o programada) y la informal (repercusión que la conducta en salud de estos profesionales tiene sobre el cambio de conductas de la población).

a. Profesionales sanitarios como agentes de salud

En cuanto a la influencia informal o no intencionada, el rol ejemplar del profesional sanitario en su relación con la población, se considera cada vez más importante en la educación de la población.

La influencia formal o intencionada se puede realizar de manera directa (contactos terapéuticos del profesional sanitario con individuos o grupos) o indirecta (por métodos indirectos principalmente a través de medios de difusión de masas).

El equipo de atención primaria tiene entre sus objetivos el fomento de salud de la comunidad, debiendo investigar los factores específicos, conductuales, que constituyen un riesgo para la salud, promoviendo el desarrollo y la ejecución de programas tendentes a corregir esos hábitos insanos.

b. Profesionales no sanitarios

Profesionales de la enseñanza

Por las numerosas oportunidades tanto formales como informales de ejercer influencias, sobre los grupos de población con los que trabajan, deben ser considerados como verdaderos agentes de educación para la salud.

El tiempo que el alumnado está en contacto con el profesorado, les da una posición privilegiada, para crear valores, actitudes y comportamientos en salud, no sólo física, sino mental y social.

Profesionales de la comunicación

Importante papel de los profesionales de la comunicación, tanto por la influencia que con mensajes informativos y persuasivos ejercen a través de los medios de comunicación de masas, como por la contribución que pueden aportar en la planificación de programas de educación para la salud.

La familia

La familia es una de las unidades básicas de la sociedad, considerada como toda unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas y como grupo que cumple funciones vitales propias como la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. En la actualidad las tipologías de familia se han modificado y diversificado con los cambios en las relaciones de pareja, su duración, las modalidades de contrato profesional y convivencia, el tamaño y la paternidad compartida. Todo ello supone nuevos retos para el desarrollo personal y familiar que precisan mayor reflexión e investigación.

La familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve. El sistema de respuestas que una familia da cuando surge una enfermedad, puede contribuir a agravar la enfermedad y la situación en su conjunto.

Cada vez con mayor insistencia, se analiza la contribución de la familia a la prevención, curación y rehabilitación. Se ha puesto en evidencia que una familia bien organizada y capaz de afrontar con competencia y serenidad sus problemas puede prevenir muchas enfermedades, acelerar y mejorar los procesos de curación y rehabilitación. Es la fuente de cuidados fundamental para sus miembros. En el hogar se resuelve la mayor parte de los problemas de salud, sin recurrir a los servicios médicos ya que se ofrecen cuidados informales prestados principalmente por mujeres, también intervienen en las decisiones sobre el uso de servicios y en el seguimiento de tratamientos.

1.2. Educación sanitaria individual y educación sanitaria grupal. Ventajas e inconvenientes. Aplicaciones en los programas de salud de la mujer

A. Educación sanitaria individual y educación sanitaria grupal

Según el comité de expertos en educación sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la finalidad de la educación sanitaria consiste en ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios medios y esfuerzos. Se trata pues de estimular en los seres humanos el interés por mejorar sus condiciones de vida y de despertar en ellos un sentimiento de responsabilidad de su propia salud, ya sea individualmente o como miembros de una colectividad: familia, ciudad, provincia o país”.

Según Orta-González “la Educación para la Salud (EpS) a la población supone una de las funciones de enfermería dentro del ámbito de atención primaria. Será fundamental para cambiar hábitos y hacerlos más saludables”.

La educación para la salud ha evolucionado en las últimas décadas pasando de ser considerada “educación sanitaria” como un elemento más de la prevención de la enfermedad, a recibir una atención especial como estrategia clave en la promoción de estilos de vida saludables “educación para la salud”. Este cambio de enfoque conlleva una nueva forma de enseñar, de participar y de hacer participar, de planificar y también de evaluar.

La educación sanitaria es fundamental para que:

- La población comprenda la necesidad de los programas de salud pública, participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y apoye las medidas que comprende.
- Los individuos modifiquen sus comportamientos insanos, con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y para que participen activamente o pasivamente en la detección de estas enfermedades.
- Se fomente la salud de la población (a través de conductas positivas que adopten los individuos, grupos y colectivos, en relación con la alimentación, la actividad física, el estrés, el sueño y el reposo, y la utilización razonable del ocio).

- Los individuos afectados por enfermedades crónicas, participen activamente en el restablecimiento de su salud.

Entendemos por educación, el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar, según éstas, sus comportamientos a la realidad.

En la educación sobre temas de salud, los contenidos son los factores relacionados con los comportamientos humanos en salud, que son de dos tipos:

- Factores del entorno social y del entorno próximo.
- Factores personales del área cognitiva (saber), del área emocional (querer) y del área de las habilidades (saber hacer).

Con la información o consejo, se aporta una parte del área cognitiva (conocimientos) pero sólo las personas que disponen de mayores recursos personales en el área emocional y el de habilidades podrá desarrollar las capacidades y comportamientos propuestos.

La finalidad de educar no es persuadir y tampoco informar, es facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

La persona aprende desde sus vivencias, motivaciones, preconcepciones y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo.

Enseñar es, desde los enfoques de la pedagogía activa, ayudar a aprender. El objetivo fundamental de la educación, es el aprendizaje.

El método utilizado con más frecuencia es la relación individual entre paciente y sanitario, combinando elementos de la entrevista clínica y elementos educativos. Una alternativa a la educación individual es la impartida en grupos que consiste en la educación ofrecida por uno o más profesionales de la salud, a un grupo de pacientes con el mismo o diferente problema de salud.

La educación para la salud en grupos, permite trabajar con todo tipo de público: personas sanas, enfermas, familiares y para los profesionales de la salud. También ofrece muchas modalidades de trabajo como los grupos de aprendizaje, terapéuticos, de apoyo, de ayuda mutua etc.

La educación grupal ha despertado un interés creciente en los últimos años, aunque son muy escasos los estudios que han abordado la evaluación formal de su efectividad, comparada con la educación individual. En general se admite que la educación grupal, frente a la educación individual, conlleva una reducción en

los costes sanitarios en hospitalizaciones, en consultas médicas y en el consumo de fármacos en algunas enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y las enfermedades reumáticas, y también en diversos aspectos de la salud materno-infantil.

Actualmente existe la exigencia de una prestación sanitaria basada en fundamentos científicos rigurosos, avalados por pruebas “evidencias” de máximo rigor y calidad. La enfermería basada en la evidencia, se define como “la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes individuales”.

B. Ventajas e inconvenientes

Los métodos directos han de ser considerados en todo momento verdaderos métodos bidireccionales, por potenciar el feed-back continuo.

En la mayoría de las ocasiones el educador (emisor), posee la información más técnica sobre el tema que se vaya a tratar, por su preparación o experiencia, pero no es el único que puede aportar conocimientos o habilidades. El educando (receptor), debe tener la oportunidad de expresar sus dudas, experiencias y los conocimientos que posee sobre el tema, para que la relación sea para ambos enriquecedora.

Hay que tener en cuenta los escasos estudios disponibles de calidad que comparen los dos tipos de intervención educativa.

a. Ventajas

Estas intervenciones son posibles e igual de efectivas.

Educación sanitaria individual

- La eficacia de la educación para la salud individual frente a la grupal es similar.
- La educación individual puede ser muy efectiva, al adaptarse a las características del paciente.
- La educación individual está indicada siempre al inicio de la enfermedad, cuando se comienza con el tratamiento o en períodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente.

Educación sanitaria grupal

- Es más eficiente, menor coste.
- La educación para la salud grupal, economiza personal y tiempo y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo.
- La educación grupal está indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual.
- El grupo aumenta la motivación y la autoestima.
- Interdependencia positiva entre los miembros del grupo.
- Facilita el cambio de actitudes y creencias.
- Sensación de pertenencia a un grupo.
- Desarrolla habilidades interpersonales y estrategias para resolver conflictos.
- Promueve el respeto por los otros.
- Aumenta el número de puntos de vista en la búsqueda de soluciones.
- El papel que desempeñan los grupos como sistemas sociales en las conductas de salud y enfermedad está ampliamente reconocido.
- El trabajo en grupo aumenta la motivación, facilita la integración del tratamiento y control en la vida cotidiana y la adaptación a la enfermedad.



Fig. 1.1. Educación sanitaria grupal: clases de educación maternal

b. Inconvenientes

El consejo educativo no es un “producto cerrado”, a diferencia de las intervenciones terapéuticas. El profesional lo emite de forma individualizada, con su propio estilo, en un entorno variable y con una intensidad relacionada con numerosos factores, entre ellos sus actitudes o la disposición del paciente.

La evaluación de la educación se ve limitada por las dificultades en la estandarización de la propia intervención. En la fase de evaluación es muy importante, a pesar de las dificultades de definir con la máxima precisión los contenidos y la forma de intervención.

Educación sanitaria individual

- Requiere mucho tiempo.
- No garantiza cambios de estilos de vida.
- Tendencia al consejo fácil.

Educación sanitaria grupal

- Definición imprecisa o inadecuada de los objetivos educativos.
- Dificultades de evaluación del proceso y resultados.
- Requiere una planificación mayor.
- Los componentes del grupo han de tener cierto grado de madurez.
- Es necesario el conocimiento previo de los miembros del grupo.
- Asistencia variable de los pacientes.
- Requiere más espacio y más recursos materiales.
- Pueden surgir problemas de relación entre sus participantes.
- La asistencia a las sesiones de educación grupal suele ser escasa.
- Precisa el compromiso de los miembros del grupo para asistir a las sesiones.
- El esfuerzo y el coste por conseguir un grupo homogéneo, son muy altos, lo cual limita en gran medida su efectividad.
- Es muy importante mantener la motivación, el rigor y la intensidad, no sólo en los pacientes, sino también entre los profesionales sanitarios. Siendo difícil a largo plazo.
- El grupo está influido por procesos sociales, culturales, del entorno en el que se desarrolla y también por el propio desarrollo grupal.

- Requiere formación de los profesionales en dinámicas grupales.
- Puede no ser adecuada para problemas muy individuales o íntimos.

C. Aplicaciones en los programas de salud de la mujer

La elección de un método individualizado o grupal, estará determinada por los resultados educativos perseguidos con las distintas personas y situaciones susceptibles en cada momento de beneficiarse de la educación para la salud. En cada caso, la opción metodológica debe facilitar y propiciar el propio proceso de enseñanza-aprendizaje y el logro progresivo de los objetivos educativos pertinentes en las distintas situaciones y contextos.

La elección de un método persigue una meta clara: favorecer la toma de decisiones libre y responsable por parte de la población en su conjunto, entendiendo que una decisión libre es una decisión completa que cuenta con información suficiente.

La efectividad de la educación grupal en Atención Primaria, constituye un recurso utilizado en diversas patologías crónicas o en situaciones altamente prevalentes como:

- Diabetes Mellitus
- Patología reumática
- Salud materno-infantil

Debe considerarse un método tendente a mejorar los cuidados de salud y no un fin en sí mismo.

El equipo de salud no es responsable de las decisiones de los pacientes pero sí de darle todas las herramientas para que tomen las mejores decisiones y apoyarles para que consigan sus objetivos.

Para programar y lograr aprendizajes significativos en los contenidos y objetivos, no basta con una charla grupal o una información/consejo breve en consulta sino que se requiere un proceso educativo, con varias sesiones individuales o grupales. Aprender y cambiar es costoso, cada persona hace procesos diferentes, a veces procesos cortos y otros a medio y largo plazo. No son útiles enfoques u orientaciones didácticas tradicionales, sino enfoques de pedagogía activa, interactiva o integradora.

Para la consecución de estos aprendizajes, se trata de procesos que posibiliten a las y los educandos expresar y/o investigar su propia realidad (partir de su situación), profundizar en el tema que se está trabajando (reorganizar conocimientos, analizar la situación general y algunos temas específicos, reflexionar sobre aspectos del área emocional) y afrontar su situación (decidir la acción sobre su realidad, desarrollar los recursos y habilidades necesarios, realizarla en la práctica y evaluarla).

<i>Tabla 1.2. Proceso de enseñanza aprendizaje</i>	
1. Conocer y expresar su situación	
2. Profundizar en ella	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar conocimientos - Analizar diferentes aspectos - Reflexionar sobre el área emocional
3. Actuar	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar recursos y habilidades - Tomar decisiones - Experimentarlas en la realidad - Evaluarlas

También es importante para este aprendizaje facilitar al grupo el conocimiento, su situación y hablar de ella en primer lugar, ayudarles a pensar, más que pensar por ellos y no darles soluciones sino facilitar que encuentren las suyas. No se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos.

<i>Tabla 1.3. Clasificación de técnicas educativas grupales</i>	
Proceso de aprendizaje	Técnicas grupales
Expresar sus preconceptos o modelos previos, su experiencia	Técnicas de investigación en aula
Reorganizar informaciones	Técnicas expositivas
Analizar y reflexionar	Técnicas de análisis
Desarrollo o entrenamiento en habilidades	Técnicas para el desarrollo de habilidades
Otros objetivos	Otras técnicas de aula y fuera de aula

<i>Tabla 1.4. Clasificación de técnicas educativas individuales</i>	
Proceso de aprendizaje	Técnicas individuales
Encuentro y contrato	Técnicas de acogida y negociación
Expresar sus preconceptos o modelos previos, su experiencia	Técnicas de expresión

Tabla 1.4. Clasificación de técnicas educativas individuales

Reorganizar informaciones	Técnicas de información
Analizar y reflexionar	Técnicas de análisis
Desarrollo o entrenamiento en habilidades	Técnicas de desarrollo de habilidades
Otros objetivos	Otras técnicas de aula y fuera de aula

La educación para la salud en la diabetes mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular. Los dos métodos educativos, individual y grupal, son igual de eficaces. (Evidencia NE 1, GR A).

En la preparación al parto, el número de cesáreas no disminuye con la educación individual ni grupal. No se puede plantear cambiar la práctica de las clases de educación prenatal grupal. La educación prenatal grupal sí ha demostrado un alto grado de satisfacción en los usuarios, los futuros papás. (Evidencia NE 2, GR B).

1.3. El aprendizaje en adultos. Teorías y estilos de aprendizaje. Características del aprendizaje en adultos

A. Introducción

El aprendizaje constituye un proceso imprescindible para desarrollar conductas saludables. La salud no se aprende pero sí los comportamientos sanos.

La educación para la salud está basada en experiencias de aprendizaje planificadas, orientadas a conseguir un estilo de vida saludable.

Un problema de la sociedad es considerar el aprendizaje escolar como el único tipo de aprendizaje válido.

El proceso de aprendizaje es una completa interacción entre procesos cognitivos, afectivos, psicomotrices y de comportamiento social, que tienen lugar cuando una persona, a través de determinadas experiencias que incluyen relaciones con el entorno, produce respuestas nuevas o modifica las ya existentes.

B. Teorías de aprendizaje

Todos poseemos modelos informales sobre cualquier área de la realidad, que nos resulta relevante por afectar nuestra vida cotidiana. Una de ellas, son nuestras ideas sobre cómo aprendemos.

Rodrigo 1993, “si indagamos qué piensan las personas qué es el aprendizaje, nos encontramos con varios modelos mentales, que aunque parecen no tener nada de semejantes, nos pueden permitir buscar principios comunes”.

Se puede construir un modelo de las teorías de dominio que dan coherencia a las diversas creencias sobre el fenómeno de aprendizaje. Pozo, Sheuer, Mateos y Pérez Echeverría (2006), siguieron este procedimiento para crear su modelo acerca de las concepciones implícitas sobre el aprendizaje.

Pozo (2006), diferencia tres tipos de concepciones sobre el aprendizaje: teoría directa, interpretativa y constructiva. Se distinguen entre sí, por el papel que otorgan y el tipo de relación entre los tres componentes del aprendizaje: las condiciones, los procesos y los resultados (Pozo, 1996).

a. Teoría directa

Existe una correspondencia unidireccional entre las condiciones y los resultados del aprendizaje.

La postura característica de esta teoría sería que la exposición al objeto de aprendizaje, es la condición esencial para que éste ocurra.

Esta teoría implica una concepción dualista sobre el conocimiento (Perry, 1970), según la cual sería posible determinar si el resultado del aprendizaje es adecuado o inadecuado, dependiendo del acceso a la realidad que haya tenido la persona.

Desde una postura realista se concibe el aprendizaje como una serie de estados discontinuos, más que un proceso, de forma que se puede diferenciar entre quién ha aprendido y quién no. Incluso entre los niños pequeños, el aprendizaje se concibe como algo repentino o inmediato, de todo o nada, y no como una dimensión progresiva (Pozo, 2006).

Aprender es reproducir el mundo, y si alguien no aprende es que no ha sido expuesto a los estímulos o a la información adecuada.

b. Teoría interpretativa

Según Pozo (2006), además de reconocer la importancia de que se den ciertas condiciones para que se produzcan ciertos resultados, también se incluye la actividad del aprendiz como un proceso mediador crucial para que sea posible el aprendizaje.

Alrededor de los 10 años, los niños empiezan a reconocer la necesidad de incluir los procesos mentales para explicar las diferencias que se dan entre los individuos en la adquisición de conocimiento.

Aprender es reproducir la estructura del mundo, se acepta que esa copia casi nunca es exacta, sino mediada por ciertos procesos interpretativos que acaban por distorsionar el reflejo de la realidad en la mente del aprendiz.

En esta teoría se tiende a asumir una concepción positivista de la ciencia según la cual el conocimiento científico, si bien no es un reflejo exacto de la realidad, es la forma más exacta posible de conocerla.

La teoría interpretativa sigue siendo, como la teoría directa, un modelo de relaciones causales de carácter lineal o unidireccional. Aunque se puede admitir la existencia de múltiples causas para el aprendizaje, éstas no se interpretan como parte de un sistema de interacciones. Así muchos profesores concebirán la motivación como causa del aprendizaje (más bien de la falta de aprendizaje), pero difícilmente la situarán en el marco de un sistema de interacciones, de forma que no sólo puede ser causa del aprendizaje sino también consecuencia de él (cuanto más aprende el alumno, más se motiva y viceversa).

c. Teoría constructiva

Implica como en la teoría interpretativa, que los procesos internos son esenciales para aprender pero se le atribuye una función transformadora del conocimiento. El aprendizaje se concebirá como una verdadera construcción.

La adquisición de conocimiento será siempre el producto de un sistema de interacciones entre condiciones y procesos que pueden llevar a diversos resultados.

Cada individuo puede construir un conocimiento matizado de la misma realidad, sin que necesariamente sólo una de estas posturas pueda ser considerada como verdadera y las restantes falsas, sino que el conocimiento debe juzgarse en relación al contexto y los propósitos del que enseña y el que aprende.

A diferencia de las dos teorías anteriores que comparten el rasgo común de ubicar la fuente del conocimiento en la realidad, una concepción constructiva, implica asumir una verdadera interacción entre sujeto y objeto, que se reconstruye mutuamente.

- La teoría directa es una consecuencia lógica de las características de la teoría de la mente, tal y como ha sido descrita en niños de 5 años (Astington, 1998).
- La teoría interpretativa surge más tarde, teniendo como base una teoría de la mente a partir de añadir progresivamente procesos cognitivos que medien entre las entradas sensoriales y las respuestas conductuales. Este proceso de enriquecimiento parece surgir espontáneamente entre los 6 y los 10 años, como producto de la experiencia en un mundo cultural enriquecido.
- Es posible afirmar que tal vez el paso de una teoría interpretativa a una teoría constructiva del aprendizaje, no sea una adquisición espontánea producto de la experiencia.
- Una teoría constructiva parece necesaria para afrontar las formas más recientes del conocimiento humano, como las artes y las ciencias, las cuales son, modelos abstractos de la realidad sujetos a la incertidumbre, pues ni nuestros sentidos, ni las tecnologías creadas, nos pueden informar cómo es en realidad la realidad. Parece coherente pensar que la adquisición de una postura constructiva deba ser el resultado de un proceso también artificial (Pozo, 2003).
- Strauss y Shilony (1994), no existen verdaderas diferencias cualitativas entre las concepciones sobre el aprendizaje de un preadolescente y un adulto no experto en teorías del aprendizaje. Ambos podrían tener una concepción interpretativa, sólo que la del adulto estaría enriquecida por un mayor número de experiencias y un mejor vocabulario.

Estilos de aprendizaje

Los psicólogos de la educación coinciden en apuntar que las personas poseemos diferentes estilos de aprendizaje y éstos son en definitiva los responsables de las diversas formas de comportarse los estudiantes ante el aprendizaje (Enciclopedia de Psicología, 1998).

La investigación sobre los estilos cognitivos, refiere D. Nunan (1991), ha tenido grandes implicaciones para la metodología, al brindar evidencias que sugieren que el acomodar los métodos de enseñanza a los estilos preferidos de los estudiantes, puede traer consigo una mayor satisfacción y una mejora de los resultados académicos.

R. Oxford (1993), “los estilos y estrategias de aprendizaje sobresalen entre las variables más importantes que influyen en la actuación de los estudiantes, por lo que es necesario continuar la investigación para determinar el papel exacto de los estilos y estrategias”. Los profesores necesitan concienciarse más, tanto en los estilos como las estrategias.

La noción de “estilos de aprendizaje” o “estilos cognitivos”, tiene sus antecedentes etimológicos en el campo de la psicología. Fue utilizado por primera vez como concepto, en los años 50, por los llamados “psicólogos cognitivistas”. Uno de los primeros investigadores que se interesó, fue Herman Witkin (1954), como “expresión de las formas particulares de los individuos de percibir y procesar la información”.

Con los descubrimientos en el campo de la neurología durante los años 60, a partir de los trabajos de Roger Sperry con relación a la especialización hemisférica del cerebro, adquirió un particular sentido el estudio de los estilos cognitivos. Brindan evidencias científicas acerca por ejemplo, del **desempeño del hemisferio izquierdo** del cerebro en las funciones relacionadas con el lenguaje, el razonamiento lógico, la abstracción y el **hemisferio derecho** en funciones referidas al pensamiento concreto, la intuición, la imaginación, las relaciones espaciales y el reconocimiento de imágenes, patrones y configuraciones.

Los psicólogos de la educación comenzaron a usar el término “estilo de aprendizaje”, en lugar de “estilo cognitivo”, que derivó en una amplia diversidad de definiciones, clasificaciones e instrumentos de diagnóstico.

Para autores como R.Dunn, K.Dunn y G.Price (1979), los estilos de aprendizaje resultan ser “la manera en que los estímulos básicos afectan a la habilidad de una persona para absorber y retener la información”. Para otros como Gregory (1979), “los comportamientos distintos que sirven como indicadores de cómo una persona aprende y se adapta a su ambiente”.

Una de las definiciones más divulgadas en la actualidad es la de Keefe (1988), los estilos de aprendizaje como “.aquellos rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos,

que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden en sus ambientes de aprendizaje”.

Curry (1983), afirma que uno de los obstáculos más importantes en la práctica educativa, es la confusión que provoca la diversidad de definiciones y heterogeneidad de clasificaciones con relación a los estilos de aprendizaje.

Se puede clasificar los estilos de aprendizaje según: las formas de percibir y procesar la información.

Tabla 1.5. Clasificación de los estilos de aprendizaje

Clasificación de los estilos de aprendizaje	Tipos de aprendizaje según los estilos de aprendizaje
Según las vías de percibir la información	Auditivos, visuales, táctiles/kinestésicos Visuales, verbales Concretos, abstractos Sensoriales, intuitivos
Según las formas de procesar la información	Dependientes, independientes Activos, reflexivos Globales, analíticos Globales, secuenciales Causales, secuenciales Con desarrollo del hemisferio izquierdo del cerebro , con desarrollo del hemisferio derecho del cerebro Atomísticos, holísticos Serialísticos, holísticos Inductores, deductores

Las formas preferidas de responder los estudiantes ante las tareas de aprendizaje, propuesto por Rita, K. Dunn (1978, 1982), Orlich (1995), se resumen en tres estilos de aprendizaje: estilo visual, auditivo y estilo táctil o kinestésico.

Otro enfoque muy difundido sobre los estilos de aprendizaje es el de la mente bilateral, llamado “arte de aprender con todo el cerebro”. Las investigaciones sobre el cerebro muestran evidencias que:

- Las dos partes del cerebro captan y transforman la realidad de manera diferente.
- Ambos hemisferios son igualmente importantes en términos de funcionamiento del cerebro.

- Existe una propensión a utilizar más un hemisferio que otro para determinadas funciones cognitivas (Pérez R, 1998).

Autores como LindaVerLee Williams, han propuesto clasificar los estudiantes en:

- **Predominantemente sinistrohemisféricos** (left-brained): verbales, resuelven los problemas de forma secuencial, procesan la información paso a paso de forma lineal, prefieren la conversación y la escritura y poseen un pensamiento que sigue una lógica explícita.
- **Predominantemente dextrohemisféricos** (right-brained): tienden a ser menos verbales, resuelven los problemas intuitivamente, prefieren imágenes y dibujos, procesan muchos datos a la vez de forma simultánea, no lineal.
- **Ciclo de aprendizaje propuesto por Kolb D. (1990):**

<i>Tabla 1.6. Ciclo de aprendizaje propuesto por Kolb D.</i>	
Los estudiantes pueden ser clasificados en	<ul style="list-style-type: none"> a. Convergentes (perciben la información de forma abstracta y la procesan por la vía de la experimentación activa) o divergentes (captan la información por experiencias reales y concretas y la procesan reflexivamente) b. Asimiladores o analíticos (perciben la información de forma abstracta y la procesan reflexivamente) acomodadores (perciben la información a partir de experiencias concretas y la procesan activamente)
Según cómo perciben la información	c. Las personas pueden captar la información a través de dos vías: concreta, llamada experiencia concreta y la abstracta, llamada conceptualización abstracta
Según como procesan la información	<ul style="list-style-type: none"> d. Observación reflexiva (después de recibir una información o experiencia, prefieren reflexionar sobre algunos aspectos, filtrar esa experiencia en relación a la propia, para crear nuevos significados) e. La experimentación activa (toman una información y casi de inmediato se ven precisadas a utilizarla)

R. Schmeck, en sus investigaciones demuestra que los alumnos pueden llegar a potenciarse académicamente siempre que desarrollen estilos y estrategias de aprendizaje adecuadas. El estudiante en un marco escolar adecuado realiza un doble aprendizaje: el relativo a la materia y el relativo al proceso de pensamiento. Si éste al estudiar un tema lo memoriza, aprende a memorizar y si al estudiar lo sintetiza, aprende a sintetizar. La formación del alumno en estrategias de aprendizaje no tan sólo le ayuda a mejorar su rendimiento académico, sino también el desarrollo de la comprensión, la síntesis, el análisis, en los que se basan los procesos de pensamiento y los cuales demandan los profesores de los estudiantes, cuando les piden que sean analíticos, críticos, creativos, seres pensantes.

Cada persona desarrolla durante su vida, un estilo de aprendizaje, como característica de su personalidad. Schmeck (1988), definió tres estilos de aprendizaje:

- Estilo de profundidad: propio del alumno que usa la estrategia de conceptualización, que quiere decir que cuando estudia abstrae, analiza, relaciona y organiza las abstracciones (estrategia facilitadora de un aprendizaje de alto nivel).
- Estilo de elaboración: para el estudiante el contenido de estudio ha de estar relacionado directamente con él mismo, con sus experiencias, con lo que ha pasado o piensa que va a pasar (estrategia facilitadora de un aprendizaje de nivel medio).
- Estilo superficial: implica el uso de una estrategia centrada en la memorización (estrategia facilitadora de un aprendizaje de bajo nivel).

Para Schmeck y sus seguidores (Rojas G. y Quesada R., 1992), la escuela ha de preocuparse de manera efectiva de las estrategias de aprendizaje y de pensamiento, orientarse al qué y cómo aprenden los estudiantes y suplir el enfoque tradicional por uno cualitativo, que le permita al estudiante a partir del enriquecimiento de sus estructuras cognitivas, desarrollar estrategias y un estilo de aprendizaje de alto nivel.

C. Características del aprendizaje en adultos

La edad adulta constituye un período muy extenso dentro del ciclo vital, dividido en etapas:

- **Adulthood temprana:** desde los 18 hasta los 30-40 años aproximadamente. Erikson dice que el adulto joven se mueve entre la intimidad y el aislamiento. Va desde los 18 años (legalmente adulto) hasta el momento en el que el joven encuentra empleo y asume sus roles familiares. En los últimos años muchísimos jóvenes permanecen en el domicilio de sus padres, lo que implica varios de ellos conservan aún características de adolescentes.
- **Adulthood media:** desde los 30-40 hasta los 45-65 años aproximadamente. Es un período especialmente propenso para echar la vista atrás y ver qué ha sido de los sueños, ilusiones y proyectos. Se advierte un cierto deterioro físico y la satisfacción matrimonial alcanza los niveles más bajos. Se trata también de una etapa de gran productividad y en la que se consigue la plena autorrealización.

Cambio en el lado sexual, manifestaciones más afiliativas y afectivas en los hombres, incorporando características femeninas a su personalidad. Las mujeres aparecen como más agresivas y asertivas.

La persona atraviesa el conflicto entre generatividad y estancamiento. Dar lo más auténtico y se manifiesta en los hijos, los valores, el trabajo y la relación con los demás. Cuando tal enriquecimiento falta, tiene lugar un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal.

En esta etapa aparece el balance personal y un reajuste de expectativas y sueños. Surge el dolor por lo no realizado, una preocupación por la necesidad de sentirse joven lo que puede llevar en algunos casos a la “crisis de la mitad de la vida”.

- **Adulthood tardía:** desde los 45-65 años en adelante. Último período antes de la senectud. En la actualidad esta etapa iría desde los 65 años cuando comienza el retiro de la vida productiva hasta aproximadamente los 75 años.

Se caracteriza esta etapa por la seguridad y en general por la lucha entre la integridad del propio yo frente a la desesperación.

Entre las características de esta etapa estaría: el ajuste del declive físico, el ajuste al retiro y a la reducción de ingresos, el ajuste a la muerte del cónyuge, el establecimiento de una afiliación explícita con el propio grupo de edad, la adopción de roles de una manera flexible, el establecimiento de condiciones de vida cómoda.

Los adultos de la actualidad ya no son como los de hace algunas décadas atrás, pudiendo diferenciarse entre: adultos tradicionales, adultos inseguros y adultos adolescentes.

- Adultos tradicionales: son conservadores y tratan de educar como los educaron. Pueden caer en el autoritarismo, son padres predecibles y por tanto sus hijos saben qué se espera de ellos.
- Adultos inseguros: no quieren ser rígidos pero no quieren dejar de poner límites. Manifiestan fuertes contradicciones.
- Adultos adolescentes: son adultos por edad pero no se responsabilizan por las nuevas generaciones. Se sumergen en la cultura adolescente, se niegan a poner límites, discuten con sus hijos al mismo nivel. A su favor tienen que pueden mantener una buena comunicación.

Al igual que la educación de adultos se considera parte de la educación permanente, el aprendizaje adulto debe ser considerado un subconjunto del aprendizaje permanente.

El aprendizaje permanente exige otro término utilizado con mucha frecuencia **aprendizaje autodirigido**. En este tipo de aprendizaje los alumnos consiguen mayor independencia para adquirir nuevos conocimientos y desarrollan su capacidad de reflexión y crítica.

En el aprendizaje autodirigido, el individuo adulto ha de decidir de forma autónoma la orientación que da a las actividades que realiza, lo que determinará el mayor o menor grado de bienestar. El adulto debe tener el autocuidado de su salud, requiriendo ayuda si lo necesita.

Se considera el aprendizaje en adultos y en especial en educación para la salud, un proceso complejo en el que hay que analizar los elementos que intervienen y tenerlos en cuenta para diseñar estrategias de actuación.

En educación de adultos es tanto o más importante el cómo se enseña, que lo que pretendemos enseñar.

Para facilitar el aprendizaje, se deben potenciar sentimientos básicos como: autoestima, la seguridad en sí mismo y la integración en el grupo. Así se ponen las bases de unas condiciones favorables y motivadoras para la adquisición de nuevos conocimientos.

También se favorece un clima positivo si se presta especial atención a desarrollar las capacidades de cada alumno, fomentar el compromiso, la solidaridad, facilitando la interiorización de valores e incluyendo cuestiones que sugieran los alumnos.

Para lograr la mayor efectividad posible, la educación para la salud debe ser planificada e impartida por personas de diferentes sectores y niveles de la sociedad (educadores, asistente social, sanitarios...).

El proceso de enseñanza aprendizaje es el resultado de una interacción profunda entre los agentes intervinientes: educando y educador:

a. Educando

El educando adulto es aquel que forma parte del alumnado de un centro de educación de personas adultas. En la educación es fundamental que el educador conozca a sus alumnos, pues así podrá intervenir en el proceso de aprendizaje de los mismos de manera más eficaz. Hay dos facetas de la persona que influyen más decisivamente en su rol como educando adulto:

- Personalidad del adulto. El acercamiento a los rasgos de la personalidad adulta, nos ayuda a conocer cuáles son los rasgos que como adultos se debe mostrar con los alumnos y además permite orientarnos en los comportamientos propios de su desarrollo adulto. Estos rasgos son: ampliación del sentido de sí mismo (más allá de las necesidades primarias), capacidad para establecer relaciones con otras personas, estabilidad emocional y aceptación de sí mismo, realismo en la percepción y actuación, conocimiento de sí mismo y posesión de un proyecto de vida.
- Capacidad intelectual del adulto. Hay diferentes planteamientos en los modos de entender la evolución de la cognición adulta, los que han pensado que se mantenía estable y los que consideran que va disminuyendo la capacidad de las diferentes habilidades del procesamiento de la información.

Schaie explica: “Son necesarios diferentes tipos de procesos intelectuales para alcanzar las metas de los distintos grupos de edad. La pérdida de velocidad en la reacción de los adultos viene compensada por una mayor seguridad social y riqueza de experiencias”. Cada etapa del desarrollo adulto se va a caracterizar por un estilo intelectual propio.

La mujer en educación para la salud en educación de adultos, merece un tratamiento específico por ser protagonista en el cuidado de salud familiar y por ejercer una influencia muy grande en los hábitos de salud de los hijos.

b. Educador

El educador podría ser toda la persona que ayuda a aprender a otra.

El educador puede colaborar en mejorar las condiciones de salud de la comunidad, no sólo con el desarrollo específico de temas de salud, sino potenciando tres capacidades básicas: autonomía, responsabilidad y asertividad, que influyen directamente en el estilo de vida de las personas.

Los principios básicos de la actuación del educador en el desarrollo de temas de salud, son:

- Organizar el contenido
- Facilitar los aprendizajes
- Promover la participación
- Estar orientado al cambio
- Vincular la teoría con la práctica
- Establecer dispositivos de clarificación de sus necesidades
- Tener en cuenta los recursos que rodean al alumno
- Facilitar el intercambio de experiencias

Es importante que el educador esté formado en los temas relacionados con la salud. Formación conjunta, para aproximar los distintos sistemas de valores, posibilitar el entendimiento mutuo y compartir un lenguaje común.

1.4. Actitudes y comportamientos en salud. Consecuencias sobre la salud. Factores que influyen en el comportamiento. Obstáculos para el cambio en hábitos de salud de la mujer

A. Actitudes y comportamientos en salud

Las creencias, actitudes y otras variables son motivadoras importantes del comportamiento, una vez que la persona las ha adquirido. Las personas con el paso del tiempo van presentando comportamientos diferentes, sin embargo, algunas de esas creencias y actitudes parecen permanecer iguales durante años.

Los profesionales de la salud deben poner gran interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no debiéndose olvidar las creencias y actitudes que explican los comportamientos de salud, así como otro tipo de variables internas, que radican en la persona y que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje.

Green definió “creencia como “una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero”: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Las declaraciones de creencias orientadas hacia la salud incluyen declaraciones como: “cuando te llegue tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto” o “yo no creo que los medicamentos funcionen”.

Las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales (Greene y Simons-Morton, 1998):

- Otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee.
- Las creencias tienen un elemento cognoscitivo o lo que la persona sabe o cree saber al respecto.
- Las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo, en una situación dada.

Una actitud es (Rokeach, 1996): una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial. Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Nadie niega la dificultad de modificar las creencias que explican los comportamientos de salud y por supuesto, las actitudes.

Todavía se puede apreciar que mucha gente mantiene una actitud pasiva hacia su salud y enfermedad y como consecuencia de ello, presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los requerimientos médicos. Acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos, depositando todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna.

No obstante, se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa respecto a su salud, reflejándose en la práctica de estilos de vida saludables. Han hecho cambios relacionados con su salud. Que se traducirán en una reducción del riesgo de morir, un incremento en la expectativa de vida y una adecuada calidad de vida.

Un concepto de actitud nos viene dado por la conducta y la personalidad y está compuesta por los siguientes elementos, que están presentes en todas las actitudes:

- Cognoscitivo, conativo: todo tipo de información o conocimiento que tengo respecto a esa información, problema... Este factor puede ser manipulado y dar lugar a actitudes negativas, fruto de conocimientos erróneos y produciéndose una desvinculación de la situación.
- Afectivo: tengo el conocimiento y alguien conocido cae en esa situación. El factor está implícito en las actitudes, en función de cómo me afecta a mí esa situación. El componente afectivo me hace verlo de diferente forma y actuar por tanto de otra manera.
- Reactivo: cuando reacciona ante el hecho o situación, es donde se ven esas actitudes. Estoy dentro de la situación y me afecta directamente.

A veces entramos en conflicto: como lo veo, cómo actúo y cómo me afecta. Se lucha entre lo que pienso y lo que manifiesto.

Las actitudes no son innatas, hay tres formas de adquirirlas:

- A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
- Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo.

- Como consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades. Valoraciones positivas o negativas.

Hay que tener en cuenta que las actitudes se adquieren en determinados contextos y se valora la cultura en todos sus sentidos, teniendo una actitud prioritaria sobre otras que pueden ser más saludables pero no se ponderan tanto. Cualquiera de nuestras conductas pasa necesariamente por una serie de elementos que la controlan. Las actitudes forman parte de la conducta.

B. Consecuencias sobre la salud

a. Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo: fumar, usar drogas ilegales, abusar del alcohol, comer alimentos poco saludables o adoptar estilos de vida sedentaria y las relaciones sexuales sin protección, están aumentando a nivel mundial y plantean una amenaza cada vez mayor para la salud de las personas, sobre todo en los países en desarrollo.

Al involucrarse en estos comportamientos de riesgo, los individuos están intercambiando su bienestar a largo plazo por la satisfacción inmediata. Un rasgo común de estas conductas es la desconexión entre el placer o la satisfacción que proporcionan y las consecuencias que conllevan. Hay en general un largo desfase entre el disfrute del “placer culpable” y los efectos negativos para la salud.

Estos comportamientos de salud son considerados “de riesgo” porque no siempre hay certeza de sus resultados. No todos los fumadores mueren de cáncer de pulmón ni todos los bebedores excesivos sufren cirrosis hepática.

Las conductas de riesgo:

- Ponen en peligro la salud
- Reducen la expectativa de vida de la persona
- Con frecuencia afectan a los demás

Las enfermedades causadas por estos hábitos peligrosos son el resultado de decisiones tomadas por los individuos, las personas deciden encender un cigarrillo, consumir drogas y bebidas alcohólicas, comer comida “basura” o tener sexo sin protección.

Los comportamientos de riesgo rara vez ocurren de forma aislada, aunque sean los resultados de decisiones individuales. La presión de los iguales, la influencia de los padres, las redes y normas sociales a menudo desempeñan papeles importantes en la elección de iniciar, continuar o abandonar estas conductas.

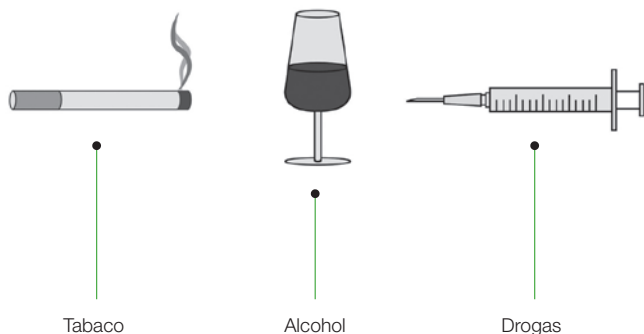


Fig. 1.2. Conductas de riesgo

A pesar de los avances recientes en prevención y tratamiento la epidemia de VIH/SIDA (una de las consecuencias más devastadora del sexo inseguro), se mantiene como una pesada carga en África, al sur del Sahara, sobretodo en el cono Sur, donde entre el 11-26 % son portadores del VIH.

El abuso de drogas y alcohol, se ha mantenido más o menos estable durante la última década.

El tabaquismo y la obesidad relacionada con dietas nocivas para la salud y la actividad física, están aumentando en muchos países en desarrollo, que podrían aumentar la mortalidad y morbilidad. La obesidad está aumentando sobretodo en Oriente Medio, las islas del Pacífico y América latina y el Caribe, donde muchos países tienen tasas de obesidad que superan el 20 % entre los hombres y el 40 % entre las mujeres.

Cerca del 20 % de la población adulta fuma cigarrillos y esto causa más del 15 % de las muertes entre los hombres y el 7 % entre las mujeres en todo el mundo. Si bien la prevalencia de éste hábito está disminuyendo en el mundo desarrollado, está aumentando en muchos países en desarrollo.

Las consecuencias para la salud y los costos monetarios de las conductas de riesgo para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto, son impactantes y justifican la intervención pública y así incrementar el bienestar general.

La legislación suele ser eficaz, sobre todo cuando los mecanismos de cumplimiento son fuertes.

Las campañas destinadas al cambio de conducta (la educación sexual en los colegios y las leyes de etiquetado de calorías para los alimentos) y la entrega de información sobre los peligros asociados con tales conductas es importante pero, no suelen ser tan eficaces por sí mismas, a menos que se las complemente con programas más amplios para cambiar conductas de riesgo.

Las políticas tributarias pueden ser mecanismos eficaces para prevenir el tabaquismo y el consumo de alcohol.

b. La negatividad

A veces las cosas van mal en la vida pero una mala actitud, no nos llevará muy lejos.

La actitud negativa, no sólo afecta a la persona, sino también a los que le rodean.

Si no se lucha contra estas sensaciones tan terribles, puede tener efectos negativos duraderos en la vida. Se puede debilitar el sistema inmune con tal negatividad.

La gente no va a querer estar cerca y la soledad puede hacer que aún sea más difícil luchar contra los pensamientos negativos.

Se han realizado estudios que muestran cómo las personas con actitudes negativas, son más susceptibles de enfermar en comparación con aquellos con una visión positiva de la vida.

Si se quiere mantener relaciones positivas, hay que alejarse de las actitudes negativas:

- No ser rencoroso: el rencor y el odio, son obstáculos para la felicidad.
- Hay que dejar de quejarse.
- Dejar de adivinar las intenciones de las personas: la gente no puede leer la mente.
- No creerse el centro de atención.
- Dejar de mentir: a largo plazo la verdad siempre se revela.
- Dejar de culpar: culpando a otros sólo se niega tu responsabilidad.
- No ser incrédulo: no dejar que tus dudas interfieran en los sueños de otras personas, “el que dice que no se puede hacer, no debe interrumpir al que lo está haciendo”.
- Dejar de interrumpir.
- Dejar de estar a la defensiva: las mentes abiertas pueden descubrir grandes cosas.
- Dejar de ser egoísta.

- Dejar de juzgar: todo el mundo está luchando su guerra propia y única.
- Dejar de comparar a las personas: no hay dos personas iguales.
- Dejar de esperar que la gente sea perfecta: lo perfecto es enemigo de lo bueno.
- Dejar de hacer una montaña de un grano de arena.
- Dejar de ser dramático/a.

c. Autoconcepto y autoestima

Autoconcepto y autoestima, exigen una diferenciación conceptual.

La autoestima, entendida como valoración positiva de sí mismo ejerce una gran influencia sobre la salud de la persona. “La ausencia de autoestima o su leve intensidad en la persona, acompaña generalmente a una amplia gama de trastornos psicológicos de origen neurótico, que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social” (García Monge, 2002).

El autoconcepto, hace referencia a la imagen que uno tiene de sí mismo, independientemente de la valoración personal. La autoestima hace referencia a esa valoración positiva, a la imagen ideal de lo que a uno le gustaría ser. Cuando la imagen que uno tiene de sí y esa imagen real coincide con la imagen ideal de cómo le gustaría ser, estaremos hablando de autoestima positiva. En la medida que los logros o éxitos alcanzados por la persona respondan a su nivel de aspiración, ésta se sentirá más satisfecha consigo misma, aunque también conviene señalar que un nivel de aspiración excesivo, puede llevar a una pérdida de autoestima y frustración.

Brande (1993) la autoestima, radica en la confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida, pero habría que considerar junto con la dimensión cognitiva la afectiva.

El déficit de autoestima es un factor de riesgo para la salud, pues ciertos estados de ansiedad, depresión, insomnio e incluso falta de defensa inmunológica se relacionan con baja autoestima, sin embargo, el equilibrio emocional, la seguridad en sí mismo, la flexibilidad mental, el sentido del humor, son elementos potenciadores de autoestima positiva.

El autoconcepto es global, es la imagen que se forja a través de su actuación en diversos contextos como es el ámbito social, profesional, familiar, ético-moral. Se puede identificar déficit de autoestima que responda a una determinada dimensión, ejemplo, una persona puede alcanzar un gran éxito profesional pero haber fracasado en su vida familiar.

La expresión de ciertos comportamientos pueden ser la manifestación de un déficit de autoestima: una actitud excesivamente crítica con uno mismo, excesiva sensibilidad a críticas externas, necesidad de aprobación continua de los demás, la indecisión en las actuaciones por miedo a equivocarse...

La educación como proceso y optimización debe ayudar a la persona a lo largo de su vida a conocerse a sí misma. Se debe asumir el dolor como parte integrante de la vida, ya que no está reñido con la alegría de vivir.

La prevención en el déficit de autoestima, debe realizarse en la infancia. El tiempo que los padres dedican a sus hijos es un factor determinante que habría que medirse no sólo en términos cuantitativos sino cualitativos, esta calidad está relacionada, en primer lugar, con el esfuerzo de los padres en conocer en profundidad a sus hijos, aceptarlos plenamente y ayudarles a aceptarse tanto en sus potenciales como en sus carencias, valorando más el esfuerzo que los logros alcanzados, ya que el esfuerzo en sí es potencialmente el éxito más importante. El respeto es otro principio básico, la comunicación recíproca y participativa, la aceptación de unas normas y el apoyo incondicional, independientemente del reconocimiento de los errores cometidos, son algunos elementos que deben considerarse para el desarrollo de una personalidad sana.

d. Las emociones y la salud

La Real Academia Española de la Lengua define la emoción como una “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa que va acompañada de cierta conmoción somática”.

Etimológicamente, la raíz de la palabra emoción es “motio”, que se deriva del verbo latino “moveré” (moverse). Además contiene el prefijo –e que implica “alejamiento”, “movimiento hacia” y esto sugiere que toda emoción supone una tendencia o impulso a actuar y enfrentarnos a la vida cotidiana.

La persona experimenta múltiples y variadas emociones a lo largo de su vida. En cada actitud, toma de decisión y acción, hay implícita una emoción. Las emociones marcan cómo nos enfrentamos en cada momento.

Las emociones juegan un papel muy importante para la salud, son una parte innegable de nuestras vidas y son fundamentales para el estado positivo de la misma al contribuir a potenciar una conducta saludable, por el contrario, si son negativas son un riesgo para nuestra salud.

Cuando somos estimulados por una emoción, nuestros cuerpos entran en un estado de activación, nuestro corazón empieza a latir con fuerza, los músculos se tensan y la respiración acelera su ritmo.

Las emociones se suelen confundir principalmente con los sentimientos, es decir, con la expresión o vivencia subjetiva de las emociones. También se relaciona y confunde con otros conceptos como los afectos, el humor y el estado de ánimo.

Las emociones primarias son manifestaciones de nuestro bagaje humano y de las circunstancias que nos rodean, que inciden en la salud. Son entre otras: ira, felicidad, amor, autoestima, capacidad de manejar los conflictos, los efectos del acoso y los abusos, la ansiedad, el miedo, el enfado, el odio, la envidia, los celos, la resolución de problemas, la sorpresa, la tristeza, la angustia, la melancolía, la depresión...

Debemos ser conscientes de cómo nuestras emociones afectan al progreso de nuestras acciones y nuestras vidas, incidiendo no solamente en el desarrollo, agravamiento y cronicidad de las enfermedades, sino también en el aprendizaje, ya que las emociones alteran la atención, condicionan nuestras conductas e incluso activan la memoria y, en última instancia, nuestro progreso y bienestar personal, profesional y social.

Las emociones pueden constituir una señal activadora o inhibidora de síntomas de salud o de una enfermedad.

Una de las finalidades de la educación para la salud será, educar a las personas en el fomento de una actitud positiva hacia la vida, en la capacidad para controlar las emociones y en el desarrollo de la conciencia emocional. Educar para la vida en busca del bienestar personal, social y profesional.

La educación emocional está relacionada con la inteligencia emocional, la cual contribuye a mejorar la situación de las personas en relación con su salud física y mental, su estado de bienestar, la reducción del estrés, el aumento de la empatía y la reducción de conflictos en las interacciones sociales. La inteligencia emocional es un aspecto específico de la inteligencia relacionada con las emociones, tales como, la percepción, la expresión, el entendimiento, el análisis y la reflexión, que es fundamental para la educación emocional.

En la actualidad los modelos más recientes que afirman que los procesos emocionales inciden en la salud y enfermedad están siendo cada vez más detallados: trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, endocrinos, dermatológicos, musculares y alteraciones del sistema inmunológico.

Las emociones pueden tener connotaciones positivas y negativas, aunque la mayoría de las veces suele ser mixta. Todas las emociones tanto positivas como negativas son necesarias y su incidencia varía dependiendo de factores individuales como la personalidad, el entorno, las vivencias, las experiencias y las condiciones exteriores del medio en el que se desenvuelven las personas. También influye en nuestra salud, la manera en que sentimos y nos relacionamos con el entorno y las personas.

Ortega Navas (2006) señala que ciertos niveles de estrés, les va a permitir a las personas “mejorar sus perspectivas de carrera profesional, un nivel de participación en la adopción de decisiones satisfactorias, un sistema de apoyo social...”. A pesar del estrés, tener carga negativa y ser un factor de riesgo para la salud, es imprescindible en nuestra vida al potenciar capacidades como la creatividad, el sentido positivo, la capacidad de aprendizaje y la toma de decisiones, entre otras.

Prevalcen los estudios sobre emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la hostilidad, la ira, el miedo y la agresividad y los efectos nocivos para la salud, al influir negativamente en nuestra salud, favoreciendo la aparición y el desarrollo de ciertas enfermedades, pues hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento. Duplicando la posibilidad de contraer enfermedades como el asma, dolores de cabeza, úlceras, aumento de la presión sanguínea y problemas cardiovasculares, suponiendo una amenaza para la salud.

La aparición de estas emociones negativas suele llevar a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento del trabajo, que puede hacerse extensiva a la calidad de vida personal dado que nos bloquean, inmovilizan y dificultan los avances personales, profesionales y sociales.

La ira es una emoción negativa que genera problemas en el corazón.

El miedo es “una advertencia emocional que se aproxima a un daño fisiológico o psicológico, de manera que implica un gasto energético que se traduce en cambios comportamentales, que hace a la persona más susceptible e irritable y la puede conducir a vivir situaciones de estrés”. No obstante Reeve 1995, sostiene desde una perspectiva más optimista y positiva que el miedo “facilita el aprendizaje de nuevas respuestas que apartan a la persona del peligro o lo que es lo mismo, el miedo activa los esfuerzos del afrontamiento y facilita el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento”.

Las emociones negativas, pueden incluso distorsionar la conducta de las personas que influyen en la toma de decisiones que interfieren en el proceso de recuperación de la enfermedad.

No siempre podemos prevenir o evitar las emociones negativas y perturbadoras, pero sí intentar minimizar los efectos perjudiciales en la salud.

Las investigaciones sobre las emociones indican que las emociones positivas como la tranquilidad, el optimismo, la felicidad, el entusiasmo, el amor y la alegría, entre otras ahuyentan el estrés, disminuyendo la obstrucción arterial y potencian el sistema inmunitario.

Las emociones positivas, son las que nos permiten alcanzar nuestros objetivos, satisfacción por el trabajo bien realizado y sana autoestima.

Las emociones positivas mejoran las conexiones y facultades mentales que se relacionan con la recuperación de enfermedades y la buena salud. También contribuyen a la toma de decisiones más efectivas en cada situación.

La estabilidad emocional (Perea, 2002) es otro factor ampliamente estudiado como determinante de la salud, se está comprobando que algunas emociones negativas, como la ira y la hostilidad reprimida, tiene un efecto directo sobre la contractilidad de la arteria coronaria y, en consecuencia, sobre la llegada de oxígeno al músculo cardíaco. Además, Perea considera que el factor emocional se viene considerando “pieza clave en la prevención o desarrollo de numerosas enfermedades, pues se ha comprobado que el control de los factores de riesgo tradicionales es insuficiente en cuanto efecto preventivo si el organismo no se encuentra sereno, sosegado y en paz, de aquí la necesidad de atender la salud emocional como parte integrante de la educación para la salud”.

En resumen, las emociones y sentimientos positivos duraderos, fortalecen nuestra salud, ayudan a sobrellevar la enfermedad y favorecen el proceso de recuperación, además conjuntamente con nuestro sistema inmunológico, mejoran nuestra calidad de vida.

e. La violencia contra la mujer

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud, pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia.

La violencia contra mujeres y niñas ocurre en todos los países y culturas y tiene sus raíces en actitudes y normas sociales y culturales que dan a los hombres supremacía sobre las mujeres, y a los niños varones sobre las niñas. Este maltrato adopta muchas formas:

- Violencia por parte de la pareja, de tipo físico, sexual o emocional.
- Violencia en citas amorosas.
- Violencia sexual (incluida la violación) infringida por un desconocido, un conocido o la pareja.
- Violaciones sistemáticas en situaciones de conflicto armado.
- Prostitución forzada.
- Mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas.
- Violencia relacionada con la dote.
- Matrimonio o cohabitación forzados, incluidos herencia forzada de esposas y secuestro de esposas.

- Femicidio y asesinato de niñas o mujeres en nombre del “honor”.
- Infanticidio o descuido deliberado de niñas.

La prevalencia y las formas de violencia contra la mujer en los países de ingresos bajos y medianos, pueden ser diferentes de las que se observan en países de ingresos más altos, pero las consecuencias para la salud parecen similares en todos los entornos. Sin embargo la naturaleza o gravedad puede verse afectada por factores tales como la pobreza, la desigualdad por razón de género, las prácticas culturales o religiosas, el acceso a servicios de salud, jurídicos y de otro tipo de apoyo, los conflictos o desastres naturales, la prevalencia de la infección por el VIH/SIDA y el entorno legal y de las políticas.

f. Efectos sobre la salud física

Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus repercusiones sobre la salud física y mental de las mujeres. Las consecuencias de la violencia tienden a ser más graves cuando las mujeres sufren más de un tipo de violencia (ejemplo, física y sexual) o episodios repetidos con el transcurso del tiempo.

- Lesiones físicas agudas o inmediatas, ejemplo: hematomas, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras, mordeduras, fracturas de huesos o dientes y lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad (lesiones en la cabeza, ojos, oídos, tórax, abdomen...).
- Problemas crónicos de salud: dolores crónicos, pérdida de memoria o problemas para caminar o realizar actividades cotidianas. Es más probable que las mujeres con antecedentes de maltrato señalen que tienen una variedad de problemas crónicos de salud como: cefaleas, dolor pélvico crónico, dolor de espalda, dolor abdominal, síndrome de colon irritable o trastornos del aparato digestivo.
- Femicidio: A nivel mundial las mujeres tienen más probabilidades de morir a manos de alguien cercano a ellas. Al igual que los hombres, las mujeres también son asesinadas por criminales, tales muertes son aleatorias, pero hay ejemplos perturbadores de asesinatos sistemáticos de mujeres, en particular en América Latina.
- Mutilación genital femenina: graves implicaciones y ningún beneficio para la salud. Implica resección y daño de tejido genital femenino normal y sano, que interfiere con las funciones naturales del organismo de las niñas y mujeres. Todas las formas de mutilación pueden ocasionar hemorragia y dolor inmediatos y se asocian con riesgo de infección. Aumenta los riesgos de complicaciones obstétricas y muerte perinatal. Los problemas sexuales

son también más frecuentes, hay una probabilidad de que sufran dolor durante las relaciones 1.5 veces mayor y experimentan menos satisfacción sexual.

g. Efectos sobre la salud sexual y reproductiva

- Trastornos y traumatismos ginecológicos: dolor durante las relaciones, infecciones vaginales, dolor pélvico crónico o infecciones de las vías urinarias. La violencia sexual a veces produce traumatismos ginecológicos, particularmente en caso de violación con objetos o cuando una niña se ve obligada a tener relaciones sexuales y a parir antes de que su pelvis esté plenamente desarrollada. Los traumatismos ginecológicos pueden incluir: desgarros vaginales, fistulas (vagina-vejiga o vagina-recto o ambas), hemorragias, infecciones, úlceras y otras lesiones o complicaciones durante el parto.
- Embarazo no planeado o no deseado: corren mayor riesgo que las mujeres sin antecedentes de abuso. El riesgo de embarazo no deseado puede obedecer directamente a un coito forzado o a la dificultad de negociar el uso del preservativo o métodos anticonceptivos, en una relación de maltrato.
- Aborto o aborto inseguro: a menudo interrumpen su embarazo independientemente de que tengan o no acceso a un aborto sin riesgos.
- La infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual: se ha descubierto que las mujeres seropositivas al VIH tienen mayores probabilidades que otras mujeres de haber sido víctimas de violencia física y sexual. La violencia puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual por vías directas o indirectas.
- Mortalidad materna y otras consecuencias relacionadas con el embarazo: entre ellas escaso aumento de peso materno, aborto espontáneo, mortinatalidad e insuficiencia ponderal al nacer. Otra consecuencia de la violencia durante el embarazo es la muerte materna.

h. Efectos sobre la salud mental y conductual

Tanto la violencia física como sexual, se han vinculado con un riesgo mayor de resultados de salud mental adversos en las mujeres. Los más frecuentes son la depresión, intentos de suicidio, el trastorno por estrés postraumático, otros trastornos de estrés y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios y trastornos psicossomáticos.

Los malos tratos físicos y el abuso sexual en la niñez, también se han asociado a comportamientos de riesgo posteriores como: actividad sexual precoz, uso indebido de alcohol, consumo de tabaco y drogas, múltiples compañeros sexuales, elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida y tasa más bajas de uso de anticonceptivos.

Las mujeres que informan sobre una historia de abuso sexual temprano, a menudo indican que sienten menosprecio por sí mismas y tienen dificultades para distinguir el comportamiento sexual del afectuoso. Algunos estudios sistemáticamente han vinculado los antecedentes de abuso sexual en la niñez con un riesgo mayor de sufrir violencia sexual en etapas posteriores de la vida.

i. Mayor uso y costos de los servicios de salud

Las mujeres que sufren violencia infringida por sus parejas tienen más necesidades de salud y solicitan servicios de salud con más frecuencia que la población en general.

Es menos probable que las mujeres víctimas de violencia de pareja busquen servicios de atención preventiva como mamografías, toma de TA, pruebas de detección de cáncer... Esto tiene implicaciones claras para la salud general de las mujeres víctimas de violencia y también para los costos sanitarios, ya que la prevención es generalmente más eficaz en función de los costos, que el tratamiento.

C. Factores que influyen en el comportamiento

- Pueden producirse por aprendizaje: se cambian aprendiendo comportamientos alternativos. Las actitudes no estables, varían con el aprendizaje a lo largo de la vida.
- Modificación por vivencias en la propia persona de la situación o en un miembro de la familia.
- Comunicaciones persuasivas.
- Por contacto con el estímulo que generaba aversión.
- Por componentes forzados: se impone, prohíbe, por leyes, normas...
- Presión del grupo o líderes.
- La comunicación persuasiva: trata de cambiar la actitud trabajando la psicología del individuo.
- Hay también cambios de la conducta a través del componente afectivo.
- Por miedo puede cambiarse una actitud.

Otros factores atribuyen personalidades que cambian el comportamiento: personalidad autoritaria (provocan prejuicios), personalidad nazi (conlleva un cierto desequilibrio y necesita ese cambio de actitud).

Los mecanismos de defensa, son bastante usados por las personas como defensa ante situaciones conflictivas o problemas y ante la frustración. Son técnicas y recursos que logran una mayor adaptación y ajuste del organismo ante un conflicto, frustración, pero no se resuelve. El hecho de usar mecanismos de defensa es una tapadera para evitar la frustración que nos produce el conflicto.

La frustración es un sentimiento que percibe una persona y que produce una reacción, por no poder alcanzar un objetivo al cual aspiraba o deseaba. Es decir, cuando ponemos mucho empeño en algo y no lo conseguimos.

Muchos mecanismos de defensa aparecen con la frustración, para mitigarla.

Hay casos donde los mecanismos de defensa no funcionan, quedando la persona bloqueada por la situación, no presentando alternativa o recursos. Cuando no es posible establecer mecanismos de defensa, se producen alteraciones que pueden provocar trastornos mayores de personalidad.

Lo que caracteriza lo normal y patológico de los mecanismos o conductas de defensa, no es un mayor o menor uso, sino que preocupa cuando se hace un uso abusivo y también depende de la intensidad. El abuso de estas conductas es lo que nos da el nivel de patología del individuo, ejemplo, un alto grado de esquizofrenia, provoca la desaparición del “yo personal” y se proyecta en otra persona. Hay un uso y abuso de un mecanismo de defensa.

Los mecanismos de defensa o conductas de defensa más usuales ante conflictos son:

- **Proyección:** proyecta hechos, sentimientos o comportamientos a un objeto o persona que son característicos de una persona y que el sujeto desconoce de sí mismo, es inconsciente. Ejemplo: en una relación hay dos personas A y B, A puede proyectar agresividad sobre B, describiendo a esta persona como tal. Culpabiliza al otro de lo que no ve en él.
- **Regresión:** volver a etapas o fases anteriores del desarrollo psicológico de la persona, que hace que el sujeto adopte conductas de otro momento evolutivo, es inconsciente. Ejemplo: el niño que vuelve al chupete, al nacer un hermano y sentirse no querido. Es una huida, un escape, no quiere el enfrentamiento. Oculta lo que siente, el “yo personal” ante determinadas situaciones.
- **Desplazamiento:** se trata de una carga afectiva que es desplazada de un objeto a otro, es inconsciente.

- Represión: mecanismo de defensa inconsciente. El yo del sujeto (personalidad) trata de lograr que sus pensamientos en desacuerdo con un ambiente o grupo determinado, sean mantenidos fuera del campo de la conciencia.
- Racionalización: mecanismo inconsciente que consiste en utilizar el racionamiento, para justificar o explicar. Se utiliza la razón para explicar el por qué de hacer algo o no.

D. Obstáculos para el cambio en hábitos de salud de la mujer

Si queremos cambiar actitudes y por tanto conductas, es muy importante ver lo que ocurre con el mensaje, que es la información que se da para poder cambiar un comportamiento. Hay que cambiar el mensaje, pues suele ir acompañado de un contramensaje.

Cuando un mensaje trata el comportamiento no es suficiente tampoco para cambiarlo. Informar al individuo, es importante pero no suficiente. También para cambiar la conducta es necesario, instrucciones y accesibilidad a elementos que impliquen cambios de conducta. Hay elementos que lo consiguen como:

- Servicios específicos de apoyo (centro de ayuda).
- Medio ambiente favorable.
- Se necesita motivación, disposición a hacerlo, estar convencido.

Creemos que con una información, ya hay un cambio de conducta, pero no es así. Se suele utilizar mucho el miedo, como elemento implícito en el mensaje, persuadir mediante el miedo, pero no siempre da resultado porque puede ser interpretado de distintas formas, ocasionando reacciones defensivas.

Obstáculos al cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida

Una de las razones que lleva a las personas a cambiar sus hábitos alimentarios, es que sienta dicha necesidad. Solemos tener una visión deformada de nuestro propio comportamiento, lo que nos lleva a pensar que los mensajes sobre una alimentación sana, van dirigidos a personas más vulnerables que nosotros. Este fenómeno de "parcialidad optimista", tiene consecuencias prácticas para la salud y promoción del cambio de alimentación, ya que el hecho de que los individuos no sean conscientes de su comportamiento, va asociado a una falta de motivación para llevar a cabo este cambio.

Una vez reconocida la necesidad del cambio, una de las principales barreras a la hora de llevar un régimen alimentario más saludable, son las preferencias personales.

La mayoría de las personas asocia dieta sana a monótona, insípida e insuficiente. Una de las excusas más habituales para no seguir los consejos nutricionales es, la falta de tiempo, especialmente entre jóvenes y personas con estudios superiores. El rechazo a prescindir de los alimentos favoritos y la falta de voluntad forma parte de las reticencias alegadas.

A la mayor parte de la población le resulta difícil aumentar el consumo de verduras y frutas, a pesar de sus beneficios. La puesta en práctica se ve dificultada por problemas como el precio de estos alimentos, su preparación y la imposibilidad de encontrarlos en el lugar de trabajo. Una de las propuestas consiste en informar sobre cómo sustituir los productos que se compran habitualmente por frutas y verduras, sin que conlleve más gasto ni más esfuerzo.

Los consumidores no creen que la falta de información sobre la importancia de una alimentación sana pueda considerarse una de las principales barreras para el cambio de hábitos alimentarios, aunque los sea. A los consumidores también les cuesta entender las etiquetas de los productos o calcular qué proporción representa una porción y no saben cómo equilibrar su dieta. Las iniciativas educativas en el campo de la nutrición pueden contribuir a que los consumidores sean capaces de tomar decisiones con conocimiento.

La creación de un entorno que permita la elección de estilo de vida más saludable, es especialmente relevante para las personas que viven en zonas con instalaciones de recreo insuficientes o demasiado caras o en lugares donde pueda resultar peligroso pasear, correr, o montar en bicicleta.

Incluso las personas más motivadas, que han adoptado una dieta equilibrada debido a problemas de salud, vuelven a sus antiguos hábitos a causa de las dificultades con las que se encuentran. La familia y los amigos puede ayudar a realizar y mantener este cambio, el hecho de adoptar estrategias alimentarias aceptadas por ellos puede resultar beneficioso para la persona interesada y al mismo tiempo, tener un efecto positivo sobre los hábitos alimentarios de los demás.

No es fácil cambiar de hábitos alimentarios porque implica alterar costumbres que se han establecido a lo largo de los años. Mantener este cambio es aun más difícil porque requiere motivación, control sobre nuestro comportamiento y apoyo social.

Las mejores estrategias

- El primer paso es tomar conciencia e identificar las principales barreras que le impiden modificarla. El tiempo importa. Los objetivos realistas. Las prohibiciones y las obligaciones no son buenas aliadas a la hora de buscar que una persona modifique ciertos hábitos por otros más saludables.

- No hay comportamientos más complejos a la hora de hacer frente a un cambio, no es más fácil seguir una dieta equilibrada que dejar de fumar o romper con el sedentarismo.
- Cuanto más tiempo se haya tenido un mal hábito, más difícil será de modificar.

Los principales obstáculos

- Fijarse objetivos poco realistas (intentar cambiar mucho rápidamente).
- Falta de motivación (excusas como “empiezo la dieta la semana que viene”).
- No tener un buen sistema de apoyo (miembros de la familia o amigos que no colaboran para el cambio).
- La ansiedad.
- La depresión y el aburrimiento.
- La falta de conocimiento sobre cómo hacer el cambio de hábitos y hacer frente a las barreras que los frenan.
- La percepción de falta de tiempo y la creencia de que una persona no puede cambiar sus conductas.

Lo importante es que sea la propia persona la que se convenza de la necesidad de cambiar.

El estrés y la ansiedad, son algunos de los principales motivos de recaídas, en cuanto a dejar de llevar un estilo de vida saludable. La actividad física o 15 minutos diarios de relajación pueden ayudar a reducir o aliviar los efectos negativos de estos estados.

1.5. El proceso comunicativo en la educación para la salud de la mujer. Componentes de la comunicación y tipos de comunicación. Factores determinantes en el proceso comunicativo. Obstáculos comunicativos

A. El proceso comunicativo en la educación para la salud de la mujer

“Sólo hablamos palabras imprescindibles. No nos comunicamos. Nuestro hablar es monocorde, elemental, casi onomatopéyico. Esto es un peligro. Al no usar las palabras se pierden los sentimientos. Si yo no le digo a alguien que lo quiero, si incluso esa palabra perdí, más pronto o más tarde pierdo el sentimiento”.

(José Saramago)

Anzieu (1971), define la comunicación como el conjunto de los procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas, emisor o emisores, con una o varias personas, receptor o receptores, con el objeto de alcanzar determinados objetivos.

Mailhiot (1975), la comunicación humana no existe sino cuando entre dos o más personas se establece un contacto psicológico. La comunicación entre ellos existirá desde que (y mientras que) logren encontrarse.

Moles (1975), la comunicación es la acción por la que se hace participar a un individuo situado en una época, en un punto R dado, en las experiencias o estímulos de otro individuo situado en otra época, en otro lugar E, utilizando los elementos de conocimiento que tienen en común.

El diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española dice que “comunicar” es:

- Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene.
- Describir, manifestar o hacer saber a alguien alguna cosa.
- Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito.
- Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor.

De la voz latina “comunicare” que significa “poner en común”. Comunicación es acción y efecto de hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer alguna cosa. Wriglet dice que “es el proceso mediante el cual se transmiten significados de una persona a otra”. Para Berelson y Steiner “es la transmisión de la información, ideas, emociones, habilidades”.

El conocimiento no significa acumulación de información, sino competencia para actuar. La inteligencia es la encargada de procesar los conocimientos. Según Howard Gardner de la Universidad de Harvard, el ser humano posee siete tipos de inteligencia: verbal, matemática, espacial, musical, corporal, intrapersonal e interpersonal. A la inteligencia interpersonal, le debemos la habilidad para comunicarnos.

La comunicación constituye una característica y una necesidad de las personas y de las sociedades, con el objeto de poder intercambiarse informaciones y relacionarse entre sí.

Desde un punto de vista más técnico o comercial, se podría definir la “comunicación”, como un proceso más o menos complejo en el que dos o más personas se relacionan, y a través de un intercambio de mensajes con códigos similares, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, usando un canal que actúa de soporte en la transmisión de la información.

La “comunicación interpersonal podría definirse como el proceso de comunicación entre individuos, que tratan de transmitir estímulos a través de símbolos, con la intención de producir un cambio en el comportamiento”.

Somos primordialmente seres “sociales”, en el sentido de que pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. Por consiguiente, es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Ciertas habilidades de comunicación, nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.

La “comunicación” es ante todo un proceso de intercambio, un arte y una ciencia.

La comunicación no sólo se puede llevar a cabo con palabras. Según los investigadores la palabra representa un 7 % de la capacidad de influir en los demás, el tono de voz representa el 38 % y el lenguaje corporal el 55 %.

La capacidad para comunicarse no tiene que ver con la educación que tengan las personas a través de las palabras, por el contrario estas personas sólo tendrán un 7 % en la influencia con los demás. Puede haber un analfabeto con una conversación tan amena que nos pueda tener disfrutando de ella durante horas.

Conocer que la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social en que se desarrolla, por ejemplo, en la mayor parte de los países occidentales está enfocado hacia la enfermedad y su curación y no hacia la salud y la prevención, como en el caso nuestro.

Las reglas de comunicación propuestas por Marc Ehrlich, son:

- No hay un momento en que no estemos comunicando.
- Cuando existen inconsistencias entre el mensaje verbal y no verbal, el mensaje no verbal casi siempre tiene mayor impacto que el de la palabra enunciada.
- Resulta sumamente importante asumir responsabilidad por cada mensaje que emitimos, sea verbal, no verbal o transmitido a través de nuestra conducta.
- Cualquier aspecto negativo en un mensaje suele tener mayor impacto que la suma de todos sus aspectos positivos.
- Una comunicación se considera completa, cuando el mensaje que se envía es realmente el que se recibe.

B. Componentes de la comunicación y tipos de comunicación

a. Componentes de la comunicación

El proceso de la comunicación supone la intervención activa de todos los elementos, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia.

El proceso de comunicación va a desarrollarse en un contexto concreto, con un código concreto, que es el que permitirá la comunicación, utilizando un canal determinado, con la intervención de al menos dos actores, emisor y receptor, de forma que el primero transmite un mensaje al segundo, que lo recibe.

Para que haya comunicación, se tienen que dar diversos elementos, de los que dependerá que se consiga que la comunicación sea efectiva:

- Emisor: siempre hay alguien, bien una persona física o una organización, que se plantea iniciar el proceso y transmitir un mensaje. Normalmente se realizan los siguientes pasos: desarrollará una idea o expresará sentimientos, empleará un código, utilizará un canal o medio para transmitirla.
- Receptor: la persona o grupo destinatario del mensaje tiene que realizar distintas operaciones: decodificar el mensaje y comprenderlo.

- El mensaje: es el conjunto de ideas o informaciones que se transmiten mediante códigos, claves, imágenes... cuyo significado interpretará el receptor en función de una serie de factores, fundamentalmente relacionados con sus propias experiencias personales y en el contexto sociocultural que le sirva de referencia. El mensaje consta de la idea o información central que queremos transmitir y todo aquello que “adorna” el mensaje para captar la atención y facilitar la comprensión.
- El código: conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas... que sirven para transmitir la información o las ideas que constituyen el mensaje. El código debe ser compartido por emisor y receptor, para que se produzca una comunicación efectiva.
- El canal: medio a través del cual se emite el mensaje del emisor al receptor. Supone el soporte de la información que actúa como línea de transmisión. En la comunicación interpersonal utilizamos el canal oral-auditivo y el gráfico-visual de forma complementaria, dando una mayor riqueza a la significación del mensaje.
- El contexto: supone la situación concreta en que se desarrolla la comunicación. De él dependerá en gran parte los roles que ejecuten emisor y receptor, estando en muchos casos estipulado, como en una clase o conferencia, emisor desarrolla un tema y receptor (público) no debe interrumpir sin pedir la palabra.
- Los ruidos: son todas las alteraciones que se producen durante la transmisión del mensaje. Hay que intentar evitar para minimizar su efecto negativo sobre el proceso de comunicación.
- Los filtros: se denominan barreras mentales que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, prejuicios... de emisor y receptor. De suma importancia aplicar medidas de control por ambas partes para impedir su acción sobre el mensaje distorsionando su sentido o interpretación.
- El feedback o la retroalimentación: supone la información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación.

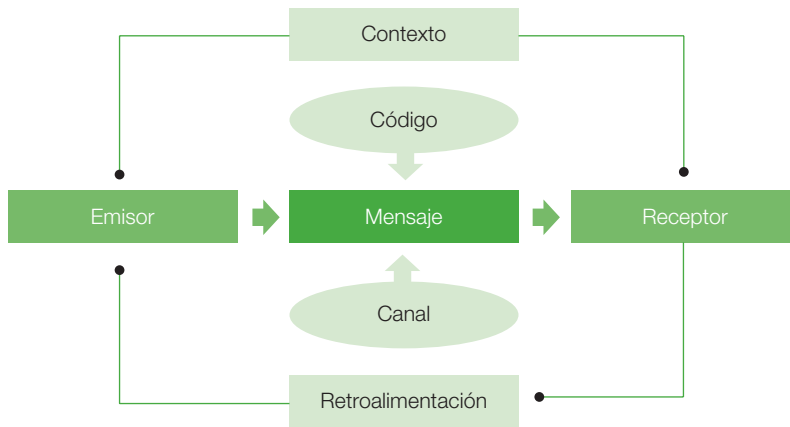


Fig. 1.3. Elementos de la comunicación

Las habilidades de comunicación requieren combinar adecuadamente componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales y además adecuarse al interlocutor y al contexto en el que ocurre la interacción comunicativa. Para que los mensajes resulten efectivos es necesario que lo que pensamos, se corresponda con lo que sentimos y decimos, de lo contrario perderemos credibilidad ante el interlocutor que también se sentirá molesto pues con mucha probabilidad pensará que le estamos engañando.

Componentes cognitivos

Nos referimos a los denominados “procesos encubiertos” entre los que se incluyen: pensamientos, creencias... Los pensamientos positivos facilitan la comunicación y los negativos obstaculizan la ejecución de determinadas conductas comunicativas.

Los pensamientos negativos, incluso no siendo verbalizados, son expresados de forma no verbal y provocan emociones negativas. Es fundamental transformar los pensamientos negativos en positivos.

Los pensamientos positivos requieren de un lenguaje positivo. Formular los pensamientos de manera positiva ayudará a que el interlocutor se encuentre más tranquilo y receptivo y ayudará al riesgo de que la comunicación “suba” de tono.

Determinados pensamientos pueden facilitar la ejecución de una determinada conducta social y otros pueden inhibir u obstaculizar la expresión de dicha conducta, que se calificará de socialmente hábil o inadecuada en función al contexto social en que se produzca.

Los componentes cognitivos de las habilidades sociales son:

- Las competencias: es la capacidad de la persona de transformar y emplear la información de forma activa. Se incluye el conocimiento de las costumbres sociales y de las conductas habilidosas adecuadas, es decir, **qué es lo que se debe hacer en cada momento y cómo se debe hacer** y también el conocimiento de las diferentes señales de respuesta por parte de nuestros interlocutores sociales, que nos permitan realizar comportamientos adecuados.

Es importante saber ponerse en el lugar de la otra persona (empatía, escucha activa) y tener capacidad para resolver problemas, tanto de tipo social como general.

La adquisición de las competencias dependerá de la formación e información sobre las mismas, a partir del interés del sujeto.

- Las estrategias de codificación y constructos personales: se refiere a la manera en que la gente percibe, piensa, interpreta y experimenta el mundo. Se encontraría la percepción social o interpersonal adecuada, se centraría en percibir correctamente a los demás, incluyendo emociones y actitudes, lo que a su vez condicionaría nuestra forma de actuar.

Se incluyen los esquemas, entendiéndolos por tales las estructuras cognitivas de la memoria que sirven para guiar nuestras percepciones, nuestra manera de comprender y agrupar la información y las experiencias. Se incluyen también los estereotipos y las creencias.

- Las expectativas: se refieren a las predicciones que el individuo realiza sobre las posibles consecuencias de su conducta.
- Las preferencias y valores subjetivos: los diferentes comportamientos entre los que las personas escogen a la hora de enfrentarse a una situación social. Dependerá también de los resultados esperados y del valor que se le atribuya, variando de unas personas a otras.
- Los sistemas y planes de autorregulación: es el más importante de los componentes cognitivos porque al menos desde la óptica de la terapia cognitiva-conductual, se puede aprender y es controlable por el individuo si se produce un adecuado entrenamiento de forma conjunta con las competencias.

Se concentra en las propias ideas del sujeto sobre sus patrones de actuación y sus objetivos, así como sus mecanismos de recompensa y crítica.

Dentro de los componentes cognitivos nos encontramos con las autoverbalizaciones (diálogos internos con uno mismo), las autoinstrucciones (órdenes que el sujeto se da a sí mismo dirigiendo su actuación), la autoobservación,

los patrones de atribución y fracaso social (manera en las que los individuos manejan sus respuestas en situaciones de interacción social) y los patrones de conducta excesivamente elevados (elevada crítica y exigencia de la perfección en la ejecución social hacia uno mismo y las personas con la que interactuamos). Todos los conceptos relacionados entre sí, que nos llevan a plantear la autoestima (evaluación de una persona de su propio valor, adecuación y competencia) como una variable que se relacionará con la realización de conductas consideradas como socialmente hábiles.

Componentes fisiológicos

Hacen referencia a las respuestas emocionales que acompañan a las respuestas sociales. Algunos de ellos tienen gran importancia en el proceso de comunicación. Resultan especialmente importantes en relación con la habilidad social aquellos de los que el sujeto es consciente, ello se debe a la relación entre ansiedad y respuesta fisiológica ante la misma.

Entre los componentes fisiológicos de la habilidad social, encontramos:

- La frecuencia cardíaca (pulso).
- La presión sanguínea.
- El flujo sanguíneo.
- Las respuestas electrodermales (actividad de las glándulas sudoríparas).
- La respuesta electromiográfica (actividad muscular).
- La frecuencia respiratoria (respiración).

Cuando una persona comienza a notar cambios fisiológicos, se desencadena a la vez, cambios cognitivos y conductuales incompatibles con las habilidades de comunicación.

Estos cambios fisiológicos y cognitivos, si no los evitamos, van a determinar nuestro comportamiento en la conducta comunicativa, al dificultar o impedir una adecuada interacción.

Componentes conductuales

Son aquellas acciones o conductas que pueden ser directamente observadas por cualquier persona, pese a que ésta no participe en el proceso de comunicación.

Es importante analizar lo que se dice (componente verbal), el cómo se dice (componente paralingüístico) y lo que se hace al decirlo (componente no-verbal).

Componentes no verbales

No interviene para nada la palabra. La utilización de elementos no verbales presenta diversas funciones, por un lado puede reemplazar a las palabras cuando se utilicen códigos conocidos y comúnmente compartidos (ejemplo, el signo de la victoria) o menor escala (ejemplo, mirada de padre a hijo).

Pueden repetir lo que estamos diciendo, lo que se utilizará para enfatizar el mensaje y también puede contradecir el mensaje verbal aunque se trate de una conducta inintencionada.

Los principales elementos conductuales no verbales de la comunicación son:

- **Expresión facial:** la expresión de la cara refleja las distintas emociones que una persona está experimentando en un momento determinado. Fundamentalmente podemos hablar de seis principales expresiones de las emociones: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco o desprecio. La expresión de esas emociones se produce mediante la combinación de gestos con tres regiones de la cara que son la frente/cejas, ojos/párpados, y boca/parte inferior de cara. Sólo pequeños movimientos de esas regiones durante breves instantes de tiempo, son suficiente para que se exprese una determinada emoción.
- **Mirada:** es uno de los elementos no verbales de mayor importancia. La cantidad y tipo de mirada comunican actitudes personales y es una de las principales referencias que nuestros interlocutores van a utilizar para hacer inferencias sobre nosotros o nuestro estado.

El contacto directo con los ojos indica buena disposición y voluntad para la comunicación interpersonal, mientras que la falta continua de contacto ocular se refiere a retraimiento o evitación, respeto o deferencia.

- **Sonrisa:** constituye otro de los elementos fundamentales, de importancia similar a la mirada. Constituye un elemento básico en la bienvenida y despedida de las personas, además de transmitir aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos.
- **Postura:** la posición del cuerpo y extremidades, la manera de sentarse, cómo está de pié o pasea, refleja las actitudes sobre sí misma y en su relación con los demás.

El acercamiento: producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, se interpreta como rechazo o repulsión.

La expansión: cuando es muy pronunciada se interpreta como una postura engreída, arrogante o despreciativa, mientras que la contracción, se considera como depresiva o abatida.

Brazos abiertos y próximos: favorecen la interacción.

Brazos cruzados: indican disgusto, disconformidad o rechazan las interacciones.

- **Orientación:** se refiere a la posición relativa de la persona con relación a sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. A mayor grado de orientación enfrentada (frente a frente), mayor facilidad para la interacción y mientras menor sea, mayor será la negativa a las interacciones.
- **Distancia/contacto físico:** el contacto físico lo consideramos dentro de un ámbito cortés o amigable, independientemente del tacto profesional o del íntimo o de amor. Básicamente supone el contacto que se produce durante el saludo y despedida, aunque tampoco es extraño el que se produce durante la interacción de mano a mano, de antebrazo a brazo, que se considera señal de confianza, ayuda, apoyo...
- **Gestos:** lo que hacemos con las manos. Los gestos son utilizados para reemplazar al habla (lenguaje de los sordomudos) u otros tipos de códigos menos elaborados y más compartidos (ok, victoria...).

Los movimientos de las manos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizándolo y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.

- **Apariencia personal:** se refiere al aspecto exterior de una persona. Normalmente nos referimos a normas de aseo personal, peluquería, maquillaje, manicura, ropa y adornos, lo que denominamos “arreglarse”.

Es un elemento muy importante que se debe cuidar, en muchas ocasiones juzgamos a las personas sin conocerlas, nada más que por su aspecto y la impresión que nos causa. Cuidar la apariencia personal no tiene nada que ver con el uso de determinadas marcas, prendas o complementos. Casi siempre es suficiente con la realización cotidiana de las normas de higiene personal.

- **Automanipulaciones:** es cuando tocamos nuestro propio cuerpo, movimientos que no planeamos del tipo, tocarse el pelo, rascarnos la cara o el brazo, tocarnos la nariz... que suelen ser interpretados como señales de ansiedad e incomodidad.

También podemos incluir dentro de este grupo la manipulación sobre determinadas prendas (girar un botón, ajustarse la americana) o complementos (subirse las gafas)...

- Movimientos nerviosos con manos y piernas: su principal característica es que son repetitivos, rítmicos y normalmente involuntarios (tipo tics). Normalmente contradice el resto de los mensajes, verbales, no verbales y paraverbales.

Frotarse las manos, golpear con los dedos una superficie...

Componentes paraverbales

Paraverbales o paralingüísticos, se refieren a la forma de decir las cosas en lugar del contenido. Son aquellos cuya utilización no altera el mensaje verbal que se está expresando.

Este tipo de elementos puede afectar totalmente el significado de lo que se dice.

Los principales elementos paraverbales de la comunicación son:

- Volumen de la voz: nos referimos al nivel global medio de volumen con el que transmitimos un mensaje, pero a esta función básica uniríamos una serie de posibilidades de uso. Puede ayudarnos a transmitir nuestras emociones o puede servirnos para señalar los destinatarios de nuestros mensajes, al hacer que no pueda ser escuchado por todos los presentes.

El volumen es uno de los pocos elementos en los que se puede marcar un criterio objetivo, que nos permite acercarnos a este término “medio”.

- El tono: sería la calidad o resonancia de la voz producida principalmente por las características físicas de la cavidad oral, resultando difícil su modificación.

Consideramos “entonación” las diferencias que pueden establecerse en función de subidas y bajadas del volumen y la musicalidad que demos a la voz en función del tipo de mensaje que estemos emitiendo (interrogación, exclamación...).

Su utilización adecuada puede ser determinante para captar la atención de nuestros interlocutores, incluso con los temas más aburridos o menos atractivos.

- Timbre: se considera como el modo propio y característico de sonar la voz de las personas. Está en relación directa con las características físicas de las cavidades orales.

Ante un timbre desagradable que suele corresponder al especialmente agudo (voz de “pito”), puede hacer que se mitigue el sonido que resulta incómodo a los demás disminuyendo la velocidad del habla.

- **Fluidez verbal:** es la forma en la que vamos pronunciando y enunciando las palabras, siendo lo correcto hacerlo sin repeticiones, vacilaciones, balbuceos ni amontonamiento.

Supone una cadena rítmica en la emisión de palabras sin repeticiones y en la administración de silencios (número y duración de los mismos).

Excesivas perturbaciones en el habla pueden causar impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.

- **Velocidad:** se refiere a la emisión de muchas o pocas palabras por unidad de tiempo, es decir, hablar muy rápido o muy lento. Si es muy rápida podría no entenderse y si es muy lenta corremos el riesgo de aburrir a nuestros interlocutores. El habla rápida puede indicar alegría o sorpresa y el habla lenta, tristeza o aburrimiento.

Cuando estamos nerviosos tendemos a acelerar la velocidad de nuestras palabras, por lo que debemos esforzarnos en ralentizar nuestro discurso, para no parecer ansiosos.

- **Claridad:** debemos esforzarnos en abrir la boca al hablar para pronunciar con más claridad. Combinada con una velocidad lenta al hablar, ayuda a evitar las dificultades que pueden producirse por la presencia de acentos demasiados “cerrados”.
- **Tiempo de habla:** nos referimos a la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras que se está produciendo una conversación. Supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma y que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice.

Habría que tener en cuenta las situaciones en que por diversos motivos se espere una mayor participación por algunos de los interlocutores, por ejemplo, en entrevistas.

- **Pausas/silencios:** tanto los tiempos que tardamos en empezar a hablar una vez que ha terminado nuestro interlocutor, como los silencios que realizamos a lo largo del discurso.

Empezar a hablar antes que el otro haya terminado va a ser indicativo de ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar aburrimiento, tristeza, desinterés o bien ser un recurso para generar expectación.

Componentes verbales

Es el componente por excelencia de la comunicación y el que ha recibido más atención.

Se emplea para una gran variedad de propósitos, tantos como motivos tienen las personas para comunicarse: transmitir ideas, argumentar, debatir, describir sentimientos, razonar..., dependiendo de la situación en que se produzcan, el papel que la persona juegue en esa situación y los objetivos que se pretendan alcanzar.

El lenguaje deberá adaptarse al conocimiento de nuestros interlocutores.

Cada uno debe saber “lo que quiere decir”. Los elementos verbales más importantes de la comunicación son:

- **Contenido:** al hablar del contenido nos podemos referir por un lado, al tema sobre el que estemos comunicando y por otro a la forma que utilizamos para referirnos al tema.

Se debería intentar que el contenido tenga interés para nuestros interlocutores y que se conozca lo mejor posible.

- **Humor:** se refiere al “punto” que seamos capaces de darle, al margen del contenido que verbalicemos. Sin abusar del mismo, ni pretender ser gracioso.

El humor puede ayudarnos a que los demás encuentren interés en tratar con nosotros, independientemente del tema que se trate.

- **Atención personal:** aquellas muestras concretas de interés por la otra persona o por sus ideas, sentimientos... Se conseguirá combinando distintos elementos: realizando preguntas, mirando cuando se nos habla, no interrumpir... centrando siempre el interés en la persona.
- **Preguntas:** suponen solicitud de información u opinión a nuestros interlocutores.

Las preguntas abiertas, al formularlas permiten una mayor extensión en la respuesta, no es concreta sino amplia (¿qué le pasa?).

Las preguntas cerradas, están marcando una posibilidad de respuesta muy limitada. La respuesta a este tipo de pregunta sería un sí o un no o un dato concreto (¿su fecha de nacimiento?).

- **Respuestas a preguntas:** las respuestas se deben ajustar al tipo de preguntas que nos formulen (abiertas o cerradas). Responder a las preguntas abiertas con cierta extensión y a las cerradas con concreción.

En la situación enseñanza-aprendizaje, encontramos una serie de características adecuadas y no adecuadas.

Tabla 1.7. Cuadro características adecuadas y no adecuadas en el aprendizaje

Características adecuadas en el lenguaje verbal	Características no adecuadas en el lenguaje verbal
Planificado	Falta de previsión en la emisión
Natural	Elaboración excesiva
Estimulante: introducir gradualmente los puntos difíciles	Utilizar un lenguaje no accesible
Directo	Vocabulario mal elegido
Corrección gramatical	Incorrección gramatical
Buena articulación: ritmo, entonación, pausas	Mal uso del canal
Ameno: episodios o experiencias que ayuden a mantener la comunicación	Incentiva reducida
Ausencia de distracciones: palabras sin sentido, "muletillas"	Utilización excesiva de elementos que distraen
Convincente	Poca credibilidad y falta de emoción
Controlado: mediante evaluación continua de las reacciones detectadas en la persona receptora (expresiones de fatiga, desinterés...)	Mala organización y poca claridad en los objetivos

b. Tipos de comunicación

Se puede clasificar de distintas formas:

Por el tipo de código

Según el código que en ellas se ocupa, existen distintos tipos de comunicación.

- No lingüística

Son aquellos códigos que no necesitan el lenguaje. No requieren de un idioma determinado para ser capaces de transmitir el mensaje.

Para que estos códigos sean útiles, tanto emisor como receptor deben saber sus significados, pero no tienen que saber leer ni escribir. Como no utilizan el mensaje, no son escritos, ni orales.

Los códigos no lingüísticos se dividen en:

- Código no lingüístico visual: cuando el código empleado es no lingüístico visual, por ejemplo, las señales de tráfico.
 - Se transmite a través de la vista. Para captar el mensaje, el receptor debe ver la señal que el emisor le envía. No hay que confundir ver con leer.
 - Código no lingüístico gestual: cuando el código empleado es no lingüístico gestual, por ejemplo, los gestos utilizados a diario.
 - Código no lingüístico auditivo: cuando el código empleado es no lingüístico acústico, por ejemplo, la sirena de la ambulancia.
- Lingüística

Puede ser:

- Lingüística oral: cuando el código empleado es lingüístico oral, por ejemplo, cuando conversamos.
- Lingüístico escrito: cuando el código empleado es lingüístico escrito, por ejemplo, la correspondencia por carta.

Hay que leerlo, por lo que hay que saber leer y conocer el idioma para comprender el mensaje.

Por la relación entre emisor y receptor

- Interpersonal

Emisor y receptor son personas distintas, que están físicamente próximas.

Cada una de las personas produce mensajes que son una respuesta a los mensajes que han sido elaborados por la otra o las otras personas implicadas en la conversación.

Es la forma de comunicación más primaria, directa y personal.

- Intrapersonal

Es la que se mantiene con uno mismo, el diálogo interno. Es voz de tu pensamiento consciente tiene total intimidad contigo y puede decirte cosas que nunca dirías a otras personas. Esta voz eres tú, se trata de tu comunicación intrapersonal.

Es el conocimiento de los aspectos internos de sí mismo, acceso al universo emocional interno, a la sucesión personal de sentimientos. Incluye la integridad personal, particularidad humana que se fortalece a través de

la autoestima, la identidad, la autonomía, la humanidad, la empatía, la capacidad de diálogo y los valores, factores que son indispensables para construir contextos estables.

Facilita caminos para que recorramos nuestros ámbitos íntimos, cercanos y lejanos, de manera que la introspección nos otorgue imágenes del mundo emocional que habitamos. Nos otorga la facultad de darnos cuenta y aceptarnos y la habilidad de aplicar las propias maneras de actuar a partir de ese conocimiento, lo que nos permite organizar y dirigir la vida personal.

Por el tipo de participación entre emisor y receptor

- Unilateral

No hay intercambio de roles emisor y receptor.

- Recíproca

Emisor y receptor intercambian roles.

Por el tipo de mensaje

- Privada

El mensaje está dirigido a un conjunto cerrado de receptores.

- Pública

El mensaje está dirigido a un conjunto abierto de receptores.

Entre otras: las representaciones escénicas de obras dramáticas, dramático-musicales, las ejecuciones públicas de obras musicales, la exhibición pública de obras cinematográficas y audiovisuales, la emisión por radiodifusión u otro medio, la transmisión y retransmisión...

Por la ubicación del receptor

- Indirecta

Emisor y receptor están separados por tiempo o espacio.

- Directa

Emisor y receptor están frente a frente.

Comunicación verbal y no verbal

- Comunicación verbal

Puede ser oral y escrita.

- Oral: utiliza el canal auditivo, se escuchan los diferentes fonemas de modo lineal, es decir, uno tras otro, ya que una persona no dice dos palabras simultáneamente.

La forma más evolucionada de comunicación oral es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás.

El emisor puede retractarse de lo que dice.

Las palabras a medida que se dicen se van, o sea la comunicación desaparece o es efímera.

Se utilizan soportes verbales, no verbales y paraverbales: movimientos, desplazamientos y distancias, gestos, tono de voz, uso de apoyo visual y elementos tecnológicos...

Entre sus ventajas están, la retroalimentación o feedback y a través de la comunicación oral nuestros mensajes pueden ser extensos o breves (dependiendo de las circunstancias).

- Escrita: desde la escritura primitiva ideográfica y jeroglífica, tan difícil de entender por nosotros, hasta la fonética silábica y alfabética.

El soporte verbal, que es la base en esta comunicación es la escritura, las palabras. Eso no implica que el texto pueda llevar gráficos, dibujos o diseños, pero lo más importante será el léxico escrito.

Para interpretar correctamente los mensajes escritos es necesario conocer el código, que ha de ser común al emisor y al receptor del mensaje.

Se percibe a través de la visión, que causa una mayor concentración del lector ya que para entender la idea planteada debe analizar el contenido y evaluar las formas de la escritura o el sentido.

Posee mayor nivel de elaboración que la comunicación oral, pues se tiene más cuidado en las palabras que se plasman. Son importantes los elementos de acentuación, pues le dan sentido a la lectura, pausas, interrogaciones, comas...

Existe la posibilidad de relectura, pues este tipo de comunicación permanece en el tiempo (salvo destrucción).

No hay interacción directa emisor-receptor.

Tiene como ventaja que la comunicación entre la persona que emite o escribe el mensaje y el que lo lee, no es interrumpida.

Al igual que la oral, la comunicación o mensajes pueden ser extensos, breves o muy amplios.

- Comunicación no verbal

Hace referencia a un gran número de canales, entre los que se citan como los más importantes:

- Contacto visual.
- Gestos faciales (expresión de la cara).
- Movimientos de brazos y manos.
- Postura y distancia corporal.

Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras, se contradicen con nuestra conducta no verbal.

C. Factores determinantes en el proceso comunicativo

a. Potencialidades del comunicador

Se generan dentro de nosotros mismos:

- Reconocer potencialidades propias.
- Actitudes positivas: destrezas, habilidad, acciones que satisfagan nuestras necesidades.
- Acciones negativas: debilidad, ineptitud, temor, acciones impulsivas, limitar el ser o hacer.

b. Los valores y las actitudes éticas

Toda comunicación con una intención ética requiere un potencial generador de valores:

- La verdad: principio moral, fuente de poder, gran poder intelectual y debe practicarse siempre.
- El valor: desvanece las condiciones adversas y contrarresta los obstáculos y nos ayuda a sobreponernos al dolor.
- La confianza: fuente de poder, tener fe y nos impide desanimarnos.

- El autodomínio: es serenidad, es la fuerza positiva que desarrolla el control de nuestros actos, regula las emociones, conduce a la disciplina y logra la superación.
- La justicia: fuerza que promueve la aptitud de la solidaridad humana.

c. El conocimiento de sí mismo

- Autoconcepto: una conciencia, un conocimiento que posee el individuo de su existencia, de sus actos y de su relación con el mundo exterior.
- Psicología: procesos cognitivos y afectivos que forman un gobierno interior sobre la conducta del individuo y denota procesos relacionados con la captación de la naturaleza, el origen de las normas de conducta y la aptitud para evaluar las propias acciones e intenciones y sus componentes afectivos como obligación o responsabilidad, culpa, remordimiento, agresividad, honestidad, veracidad, lealtad y respeto a la autoridad.
- Comunicación: Autoconcepto es vital para la comunicación. Un Autoconcepto bajo llega a obstruir la comunicación con otros, un Autoconcepto demasiado alto llega a ser un obstáculo para muchos.
- La ansiedad es una barrera para la comunicación.

d. La personalidad y sus componentes

Una personalidad sociable, de apertura hacia los demás o extrovertida, ha sido un factor común constante para el éxito profesional en la comunicación.

Personalidad se refiere a la persona en su totalidad: factores físicos, factores intelectuales, factores emotivos, factores sociales.

La prestancia de la comunicación:

- Suma de habilidades, actitudes y valores de una persona que se manifiestan en un comportamiento en el momento de la comunicación.
- Conforman la imagen que los demás tienen de nosotros.
- Se refiere a la compostura o conducta.
- Como habilidad, refleja el comportamiento del comunicador.
- Exige al comunicador la identificación del contexto y la adecuación de su vestir al público receptor.
- Sugerencias: autenticidad, simpatía, empatía, naturalidad...

- Se consigue a través del manejo de diversos elementos visuales de comportamiento y arreglo personal.
- Debe ser siempre congruente con las normas, reglas y papeles dados por la sociedad para cada situación y contexto, con el fin de que la comunicación sea percibida como efectiva.

e. Retroalimentación o feed-back

Para que la comunicación sea efectiva, tiene que ser un proceso en doble sentido.

Solamente cuando el circuito es completo, la persona que envía el mensaje puede estar segura que dicho mensaje ha sido recibido e interpretado conforme se propuso.

f. Estrategias para una correcta comunicación

Para lograr una correcta comunicación, podemos emplear estrategias tan sencillas como:

- Escucha activa

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar.

Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye.

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. La diferencia entre oír y escuchar es: oír es simplemente percibir vibraciones de sonido y escuchar es comprender lo que se oye.

La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo.

La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos. Para llegar a entender a alguien se precisa cierta empatía, es decir saber ponerse en el lugar del otro.

El proceso de escucha activa:

- El emisor emite un mensaje.
- El receptor escucha con esfuerzo físico y mental.
- El receptor: se concentra en el otro, trata de comprender el mensaje, resume el mensaje y confirma el mensaje.

Los elementos que favorecen la escucha activa son:

- Disposición psicológica.
- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh...) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo...)

Elementos a evitar en la escucha activa:

- No distraernos, hacer un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, ejemplo “no te preocupes, eso no es nada”.
- No contar tu historia, cuando el otro necesita hablarte.
- No contraargumentar, ejemplo “me siento mal” y... ”yo también.
- Evitar el síndrome del experto, antes de que incluso te haya contado la mitad.

Habilidades para la escucha activa:

- **Mostrar empatía:** es la capacidad de entender las necesidades y sentimientos de los demás, sin emitir juicios y sin perder su propia identidad. No se trata de mostrar alegría, ni siquiera de ser simpáticos, simplemente ponernos en su lugar. No significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Nos ayuda a empatizar, utilizar expresiones como entiendo, comprendo..., mantener el contacto ocular con la persona, no expresar inicialmente estar de acuerdo ni en desacuerdo (simplemente mostrar que se ha comprendido lo explicado), dejar pausas, no cambiar de tema ni hablar de uno mismo, hacer preguntas abiertas y resumir de vez en cuando lo que se ha dicho para mostrar que se ha comprendido (creo haber entendido... si no he entendido mal...).
- **Parfrasear:** verificar o decir con palabras propias lo que el emisor acaba de decir, ejemplo, entonces... según veo... lo que pasaba era que...

- Emitir cumplidos o palabras de refuerzo: refuerzan un discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir, ejemplo, me encanta hablar contigo... bien... estupendo...
- Resumir: informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o la necesidad de mayor aclaración.

Ventajas de la escucha activa:

- Mayor conocimiento del emisor.
- Mejora la predisposición del emisor.
- Disminuye la ansiedad del emisor.
- Más tiempo para responder.
- Más seguridad en las decisiones.
- Facilita alcanzar acuerdos.
 - Al criticar a otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es.
Las etiquetas no ayudan a que la persona cambie, sino que refuerzan sus defensas.
 - Discutir los temas de uno en uno.
 - No acumular emociones negativas sin comunicarlas.
Se produciría un estallido que conduciría a una hostilidad destructiva.
 - No hablar del pasado.
No aporta nada provechoso y despierta malos sentimientos. El pasado no puede cambiarse, por tanto hay que dirigir las energías al presente y futuro.
 - Ser específico.
Concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación.
 - Evitar las generalizaciones.
Los términos “nunca” y “siempre” raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Resultan más efectivas expresiones del tipo: “la mayoría de veces”, “en ocasiones”, “algunas veces”..., formas de expresión que permiten sentirse a la otra persona correctamente valorada.

- Ser breve.
No es agradable para quien escucha, repetir lo mismo varias veces con distintas palabras o alargar excesivamente el planteamiento. Se corre el peligro de que le rehúyan por pesado. Recordar que “lo bueno, si breve, dos veces bueno”.
- Cuidar la comunicación no verbal.
La comunicación no verbal, debe ir acorde con la verbal.
Contacto visual frecuente pero no exagerado.
Afecto, se basa en índices como el tono de voz, la expresión facial y el volumen de voz (ni muy alto ni muy bajo).
- Elegir el lugar y momento adecuados.
Es importante cuidar algunos aspectos:
 - El ambiente: el lugar, el ruido, el nivel de intimidad.
 - Para pedir explicaciones debemos esperar a estar a solas con nuestro interlocutor.
 - Si vamos a elogiar a la otra persona, será bueno que esté con su grupo u otras personas significativas.
 - Si ha comenzado una discusión y se nos escapa de las manos o que no es el momento apropiado usaremos frases como “si no te importa podemos seguir discutiendo esto en... más tarde”.
- Hacer uso de un argot adecuado a nuestro interlocutor

D. Obstáculos comunicativos

Son interferencias o barreras a la comunicación, que originados en alguna parte del proceso comunicativo, desvirtúan o impiden dicha comunicación.

En el proceso de comunicación se produce una serie de pérdidas que se cifran hasta en un 80 %, en relación a los objetivos planteados por el emisor. Estas pérdidas en muchas ocasiones son insalvables. Si analizamos el proceso de comunicación, se puede deducir que estos problemas pueden tener su origen en el emisor, en el canal, en el mensaje o el receptor.

Podemos clasificar las posibles causas de las pérdidas que dificultan el proceso de comunicación en tres tipos: barreras debidas al entorno, barreras debidas al emisor y barreras debidas al receptor.

Tabla 1.8. Cuadro sobre las barreras debidas al entorno, al emisor y al receptor

Barreras debidas al entorno	Barreras debidas al emisor	Barreras debidas al receptor
<ul style="list-style-type: none"> • Medio ambiente <ul style="list-style-type: none"> - Ruidos por maquinaria - Tráfico o público - Calor o frío • Características físicas del espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Lugares demasiado pequeños o - Demasiado grandes • Organización de la actividad <ul style="list-style-type: none"> - Interrupciones - Aglomeraciones - Prisas... 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionadas con el código: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de un código común - Ambigüedad del mensaje - Utilización inadecuada de la redundancia • Relacionadas con la habilidad personal: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades de comunicación - Filtros - Actitudes negativas - Falta de capacidad de autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionadas con la habilidad personal: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades de comunicación - Filtros - Defensa psicológica • Por falta de feedback o retroalimentación <ul style="list-style-type: none"> - Falta de escucha activa

Es necesario comunicar con la seguridad y garantía de que el mensaje del emisor, llegue al receptor con total claridad. El emisor es el responsable de que el receptor entienda el mensaje. El resultado se evalúa por lo que entendió el receptor, no por lo que el emisor intentó comunicar.

Hay una serie de filtros que nos dificultan la recepción de la comunicación, ocasionando muchos problemas:

- Efecto halo: consiste en utilizar una característica favorable o desfavorable de la persona o grupo, para ilustrar lo que sabemos. Si un error lo comete una persona inteligente o que la consideramos inteligente, la reacción es “una equivocación la puede cometer cualquiera”, si es de una persona que no nos cae bien, “¡era de esperar!”.
- Estereotipos: se generaliza para clasificar a las personas. El estereotipo suele caer en el tópico, lo que nos hace percibir la realidad de forma distorsionada, ejemplo, “los alemanes son muy estrictos”.
- Proyecciones: aplicamos nuestros propios sentimientos o características a otra persona. No vemos al otro tal y como es, sino bajo la proyección que de nosotros mismos hacemos en ella. En realidad nos proyectamos en los demás sin percibir tal y como es realmente la otra persona.

- Expectativas: todos tendemos a tener ideas preconcebidas sobre lo que las personas quieren decir y esas ideas sobre lo que queremos oír, pueden afectar a lo que escuchamos, además de disminuir nuestra atención.
- Percepciones erróneas: aunque dos personas reciban los mismos estímulos visuales y auditivos, pueden percibirlos de manera diferente. Nuestra percepción de lo que se comunica estará estrechamente ligada a nuestra experiencia anterior, expectativas actuales, sentimientos, valores y actitudes.
- Defensa perceptiva: una vez que la persona ha establecido su manera peculiar de ver el mundo, tiende a agarrarse a estas características, siendo muy difícil liberarse de ellas.
- Enmascaramiento de la conducta: consiste en la adopción o simulación de expresiones, gestos, posturas...
- Errores en el uso del código: las palabras que utilizamos para decir una idea o concepto, a veces pueden ser inadecuadas o poco familiares para la persona que escucha. Estos fallos son un impedimento para captar el mensaje que queremos comunicar.
- Falta de atención: cuando los intereses personales no se relacionan con el asunto objeto de comunicación, interfieren e impiden fijar la atención.
- Objetivos poco claros y comunicaciones no estructuradas: no podemos esperar que el receptor entienda el mensaje si éste no ha sido claramente pensado y estructurado. Un signo indicativo de comunicaciones con objetivos poco claros y mal estructurados, serían aquellos que aportan mucha información irrelevante o poco significativa.
- Olvidos y modificaciones: es muy frecuente que si después de la exposición, el emisor pregunta al receptor sobre lo que se ha comunicado, se encuentre con casos como que se haya olvidado parte de lo comunicado, que se altere el orden de lo expuesto o que se inventen cosas.
- Presentación de excesiva información para procesar en poco tiempo.
- Uso discriminatorio del lenguaje.
- Barreras del canal: pueden ser las interferencias, los ruidos, las interrupciones y la distancia espacial entre otros.
- Pensamientos negativos: el miedo (todo lo destruye y nada crea) que desata el nerviosismo y la timidez (estado de inhibición) que es un sentimiento de inseguridad o inferioridad produciendo graves efectos.

La escucha activa facilitará la correcta interpretación del mensaje emitido. Hay una frase popular que dice “tenemos dos orejas y una boca, en consecuencia debemos escuchar el doble de lo que hablamos”. Queda reflejado que la tendencia general es escuchar poco y hablar mucho, con lo que se dificulta el proceso comunicativo.

Hay una serie de bloqueos que actúan como interruptores de la capacidad de escucha:

- Compararse con el interlocutor: “lo que me pasó a mí es peor”.
- Leer el pensamiento: “dice esto pero apostaría que quiere decir aquello”.
- Ensayar la respuesta: “yo diré, luego él dirá, luego yo diré...”
- Filtrar expectativas: solo atiendo lo que se ajusta a mis expectativas.
- Juzgar: etiqueto a mi interlocutor y busco pruebas que confirmen mis ideas.
- Soñar: algo pone en marcha una cadena de asociación de ideas...
- Identificarse: relaciono lo que me dicen con mi experiencia pasada.
- Aconsejar: antes de finalizar busco soluciones y consejos adecuados.
- Discutir.
- Interrumpir a la persona cuando habla.
- Presuponer que yo tengo razón: haré lo posible para no contradecirme.
- Cambiar de tema repentinamente.
- Buscar la aprobación.

Como emisor debemos desarrollar la habilidad de la escucha activa y poder captar qué bloqueo está aplicando el receptor, para poder hacerle llegar nuestros mensajes de forma correcta.

1.6. Estrategias didácticas. Diferentes técnicas aplicadas a la educación para la salud. Elección de la técnica

A. Estrategias didácticas

La educación para la salud es la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en los procesos de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción relacionados tanto con su salud como la de su familia y comunidad. El principal objetivo es aumentar en la población la cultura de salud. Para conseguirlo, los agentes sanitarios deben elaborar programas educativos con los objetivos a alcanzar, la forma de proceder, las actividades y planificación del tiempo y recursos a utilizar.

Para la consecución de los objetivos de la educación para la salud (informar a la población, insertar la salud como valor, promover conductas sanas y modificar las nocivas) los agentes de salud deben elaborar mensajes claros y persuasivos como para llegar a la población. El procedimiento mediante el cual estos mensajes llegan a la comunidad recibe el nombre de métodos de educación para la salud.

Tradicionalmente el proceso de enseñanza se ha caracterizado por el uso de una metodología unidireccional, basadas en exposiciones teóricas por parte del profesor. Actualmente las tendencias pedagógicas se interesan menos por la enseñanza (lo que el profesor presenta) y le dan más importancia al proceso de aprendizaje (lo que el alumno aprende).

La educación para la salud se desarrolla con cualquier actividad que promueva el aprendizaje de aspectos relacionados con la salud, para facilitar conocimientos, incidir en el sistema de valores, creencias y actitudes y producir cambios permanentes en los comportamientos y en los modos de vida. Siendo necesaria una interacción intencionada entre varios elementos (el que enseña, aprende, el tema, el método) y en un contexto determinado (consulta, domicilio, comunidad).

El objetivo esencial del proceso de enseñanza es el aprendizaje conseguido y no la información aportada. La educación para la salud debe realizarse con metodologías educativas que motiven al educando a aprender. Los métodos más eficaces de enseñanza son los que implican que el educando adopte una situación activa, participando e interactuando en el proceso de enseñanza.

Distinguiamos cuatro modelos pedagógicos básicos:

- a. Enseñanza teórica, magistral o directiva: el educador adopta una postura activa y el educando recibe la información de forma pasiva. La técnica didáctica fundamental es la clase magistral y su principal fin el aporte de información o conocimientos sobre un tema. Como inconveniente tiene su limitada capacidad de modificar actitudes y comportamientos.
- b. Enseñanza libre: el educando adopta un papel activo, desarrollando las actividades y el educador adopta un papel pasivo como orientador y motivador. La técnica didáctica fundamental es el ensayo-error, frecuente en el ámbito de la investigación.
- c. Enseñanza práctica, activa, participativa o integradora: educador y educando adoptan un papel activo. Este método es el propuesto para desarrollar la educación para la salud directa, siendo el que ha demostrado mayor capacidad para modificar valores, motivación de actitudes y generación de comportamientos saludables. Se desarrolla a través de técnicas didácticas de dramatización, simulación, casos prácticos y dinámicas grupales.
- d. Educador y educando toman un papel pasivo. No podemos hablar de un proceso intencionado de aprendizaje.

La metodología educativa, puede definirse como la forma de actuar o proceder que utiliza el agente educador para hacer llegar su mensaje a la población. Esta acción es conocida como método de educación sanitaria.

El educador debe ofrecer al sujeto información suficiente, hacerla atractiva y conseguir que se asimile de forma favorable.

En educación para la salud tiene especial importancia la metodología utilizada y se debe potenciar el entrenamiento en métodos y técnicas que se hayan demostrado más eficaces para cada situación específica. El factor común que tienen los métodos y técnicas modernas es la mayor participación del individuo (sano o enfermo), su familia y la comunidad a través de una enseñanza de tipo práctico.

Ante un proceso de formación o modificación de actitudes, debe tenerse en cuenta las características que componen todo proceso comunicativo:

1. La fuente: destacar la credibilidad, atracción, familiaridad y la honestidad.
2. El mensaje: se debe cuidar de él el soporte de transmisión y el contenido.
3. El receptor: determinarán la elaboración de un programa específico para un grupo con intereses comunes.

B. Diferentes técnicas aplicadas a la educación para la salud

En 1954 el comité de expertos de la OMS en educación para la salud dividió los métodos en dos grandes grupos, según la relación que se establece entre el educador y el educando. De esta forma podemos distinguir:

- Métodos bidireccionales o socráticos: existe un intercambio activo entre el emisor y el receptor. Son: la entrevista terapéutica personalizada y la discusión grupal. En la educación para la salud, son las más efectivas porque implican emocionalmente a las personas.
- Métodos unidireccionales: son los medios de comunicación de masas utilizados en una campaña de publicidad (campaña sobre el uso del preservativo, prevención de accidentes de tráfico), medios escritos (folletos, revistas), hablados (radio) o audiovisuales (televisión). La ventaja de estas técnicas es que puede llegar a un grupo amplio de la población y que la repetición del mensaje puede captar el interés o sensibilizar en un determinado tema. Como inconveniente, no permite la interrelación emisor-receptor, se puede crear una polarización hacia el mensaje (a favor o en contra), no se puede aclarar dudas y no se puede neutralizar los conceptos o creencias erróneas. Este tipo de técnica siempre debe estar apoyada por una actividad educativa más socializada.

Salleras Sanmartí propuso otra clasificación posterior basada en la relación de cercanía en tiempo y espacio entre ambos elementos:

- a. Métodos directos: dirigidos a individuos o grupo. Con una relación directa entre emisor y receptor. Generalmente utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o recursos técnicos.
- b. Métodos indirectos: dirigidos a individuos, grupos o población en general. Existe una distancia en tiempo y espacio entre el emisor y receptor. Generalmente utiliza una gran variedad de recursos o medios técnicos combinados.

Tabla 1.9. Clasificación de Salleras Santamaría sobre métodos directos e indirectos en la educación para la salud

Medios directos	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo/entrevista • Clase formal y la charla • Narración • Discusión en grupo
Medios indirectos	<p>Visuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carteles • Prensa (periódicos, revistas) • Folletos • Pizarra • Posters • Diapositivas • Transparencias • Audiovisuales • Cine • Video • TV • Multimedia, ordenador personal <p>Sonoros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio • Grabaciones sonoras

En general la eficacia de los métodos de educación para la salud en términos de modificación de comportamientos, es directamente proporcional al grado de interrelación educador-educando.

En los programas de educación para la salud, los métodos de acción directa se consideran más eficaces que los métodos indirectos.

a. Métodos directos

- El diálogo/entrevista sanitaria

Se entiende como una conversación entre personas que intenta transmitir una serie de ideas, por medio de un razonamiento lógico. En el caso de educación para la salud, se trata de la entrevista sanitaria terapéutica, oportunidad óptima para la educación en salud de la población, ya sean sanos o enfermos.

El diálogo de la entrevista sanitaria es el mejor de los métodos de la educación. Para que sea eficaz, se necesita la creación de un clima de confianza y comprensión mutua.

Se ha de establecer una situación de interacción dinámica mediante el lenguaje entre dos o más personas, durante el cual ha de existir un intercambio de opiniones, ideas y conceptos.

El objetivo es obtener una información completa sobre las necesidades de una de ellas, tras lo que se establece un proceso de transmisión de información, por parte del agente educador, para poder modificar conductas que sean consideradas inadecuadas para el concepto positivo de salud.

El terapeuta o agente de salud, además de contar con los conocimientos teóricos necesarios y de utilizar una metodología adecuada, ha de procurar que el educando perciba un ambiente cómodo y agradable, para procurar su confianza, la expresión de sus dudas, inquietudes, creencias y posibilitar la capacidad de influencia sobre el mismo de forma positiva.

Entre las **habilidades** que pueden resaltarse como cualidades de un buen entrevistador, pueden concretarse en saber escuchar, saber conversar y saber aconsejar. Se destaca:

- La Kinesia: hace referencia al control del movimiento corporal que de forma inconsciente aporta gran información. Entre los elementos más importantes cabe destacar: la gestualización facial, la mirada y el lenguaje postural (especialmente manos y piernas).
- La proxémica: hace referencia a la distancia física en que se desenvuelve la interacción entre los elementos del proceso de comunicación. Habitualmente entre 30 cm a 1 metro. Cada individuo tiene un espacio proxémico propio que debe ser respetado para evitar rechazo.
- La paralingüística: hace referencia al modo no verbal de la comunicación, fundamentalmente, volumen, tono, pausas, velocidad de emisión de mensajes.
- La actitud de escucha activa: manejo de los aspectos no verbales y capacidad de destacar y resumir lo más importante de lo emitido para comprobar que se ha interpretado correctamente, lo que implica que el educador adopta un papel activo en la conversación.
- La capacidad para hacer y recibir críticas constructivas sobre lo expuesto.

Todas estas habilidades no se presentan aisladas del proceso de comunicación, sino de forma simultánea para lograr mayor eficacia en el proceso educativo.

- La clase

Es el recurso más utilizado en la enseñanza formal de la salud. Se utiliza en gran medida en educación sanitaria grupal.

La enseñanza teórica se desarrolla a través de lecciones magistrales y su principal objetivo se sitúa en el aporte de información.

La lección magistral consiste en una exposición, generalmente oral, acompañada de medios técnicos como video, transparencias, diapositivas...

La principal ventaja de este método, está en que es una forma relativamente barata de transmitir información a un número elevado de personas. Su principal inconveniente es, su limitación para el aprendizaje práctico de resolución de problemas por el que el educando tiene un papel demasiado pasivo.

El educador debe utilizar técnicas que estimulen la atención del alumno. La clase debe ser planificada, con los objetivos a conseguir y contenidos a transmitir adaptándolos a las necesidades de la población. La exposición no debe ser mayor de 40-45 minutos, pues decrece la capacidad de atención y debería complementarse con un espacio final para resolución de dudas y discusión.

- La charla

Constituye uno de los medios más utilizados en educación para la salud, dirigida a grupos más o menos numerosos, interesados en un tema concreto.

Las normas básicas para su adecuado desarrollo, según Salleras son:

- La charla debe ser promovida por el grupo a quien va dirigida, o sus líderes sociales.
- La charla debe ser realizada por un orador de suficiente prestigio social, que cuente con unos conocimientos y experiencia amplios sobre el tema a tratar.
- El tema elegido y su desarrollo deben responder a los deseos y necesidades de la población.
- El lenguaje debe adaptarse a los conocimientos, mentalidad y cultura del grupo.

- El esquema de la charla debe estar constituido por una introducción, un desarrollo expositivo, un resumen final a modo de conclusiones y una discusión posterior en la que participen los oyentes y permita aclarar conceptos o interrogantes que no han sido comprendidos.
 - Importante contar con medios técnicos audiovisuales de apoyo. La investigación pedagógica demuestra la importancia de su uso para mejorar el proceso educativo. La retención promedio es de un 30 % para lo que se oye, un 50 % para lo que se ve y un 70 % para lo que se hace.
 - La duración de la charla debe ser breve para evitar la disminución de la capacidad de concentración, no superando los 45 minutos.
 - Las condiciones físicas del local deben ser adecuadas al tipo de dinámica que queremos establecer, contando con los medios y recursos necesarios y permitiendo una mínima comodidad y un cierto grado de interacción.
- Enseñanza práctica

Incluye entre sus objetivos, el abordaje de actitudes y habilidades que no cubre la enseñanza teórica.

Cabe destacar:

- Los seminarios: el educador es el moderador del grupo, encaminado a conseguir una participación activa. Se desarrolla en grupos reducidos. Se trata de analizar y discutir el material de apoyo suministrado para ampliar conocimientos y obtener conclusiones. Se trata de un grupo dedicado a estudiar en profundidad un tema concreto. La utilización de ésta técnica es más limitada en los grupos de educación para la salud, ya que es más compleja y se requiere cierto grado de instrucción de los participantes.
- Clases prácticas o de resolución de problemas: es un método excelente para desarrollar la educación para la salud. El educando adopta un papel activo, potenciando sus capacidades para resolver situaciones y el educador se interesa por el aporte de información, por mantener la motivación, orientando en la toma de decisiones.
- Las distintas técnicas didácticas participativas: dan un gran valor a los conocimientos y experiencias previas, demostrándose de gran utilidad en educación para la salud grupal, por su capacidad para el intercambio de información.

- Las distintas técnicas didácticas grupales: se definen como los medios o los métodos empleados para fomentar la interacción del grupo. Si se utilizan adecuadamente, tienen la capacidad de activar las motivaciones individuales, de estimular el comportamiento a nivel individual.

- La narración

La transmisión de un relato breve de hechos reales o imaginarios con argumento sencillo, es un recurso para ser utilizado en educación para la salud dirigida a la población escolar.

El relato combina la expresión oral y corporal, permite desarrollar la creatividad, la imaginación del interlocutor y satisfacer la necesidad de acción y aventura.

Los cuentos y narraciones suponen una herramienta de trabajo imprescindible en el proceso de enseñanza-aprendizaje pues facilitan el desarrollo cognitivo e intelectual del pensamiento humano y favorecen la adquisición de patrones de conducta mediante la imitación.

Características de un cuento o narración:

- Se debe adaptar a la edad de los oyentes.
- Narraciones breves y atractivas: comenzar con tono suave y misterioso y durante la narración se aconseja introducir notas de humor, misterio...
- Lenguaje sencillo y claro.

Puede completarse con técnicas de viñetas, marionetas, diapositivas, transparencias...

Resulta ser un recurso de gran riqueza educativa en educación para la salud en edades tempranas.

- Técnicas grupales en educación

<i>Tabla 1.10. Técnicas grupales en educación</i>	
Técnicas en las que intervienen expertos	<ul style="list-style-type: none"> - Simposio - Mesa redonda - Panel de expertos. Técnica Delphi - Debate público
Técnicas en las que interviene todo el grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de discusión - Seminario - Debate dirigido - Estudio de casos - Philips 6.6 - Brainstorming o tormenta de ideas - Rol playing o desempeño de papeles - Cuchicheo

- La discusión en grupo

Como método de enseñanza lo inició Kurt Lewin en la década de los 30. Se considera el mejor método de educación grupal, entendido como el más democrático y participativo para la modificación de conductas y actitudes.

Consideraciones básicas:

- Los distintos puntos de vista de los miembros del grupo permite un enriquecimiento de opiniones y confrontación de ideas.
- El tema a tratar debe ser de interés para todo el grupo y no debe pasar de las 15 personas.
- Es clave la figura del educador. Requiere formación en dinámica grupal y debe favorecer la participación de los asistentes.
- El educador será responsable de la elección de la técnica adecuada a cada situación, además de actuar como director del ejercicio y de las condiciones en las que se desarrolla, de observador de las reacciones y relaciones que se producen a lo largo del desarrollo de la técnica.
- El educador registrará los resultados obtenidos y los interpretará para obtener unas conclusiones, y finalmente evaluará el ejercicio en función de los objetivos que se establecen.

- Estudio de casos

Comenzó a utilizarse en la facultad de derecho de la Universidad de Harvard en 1830. Actualmente es el método más utilizado y conocido en la formación continuada de ciencias de la salud, especialmente en el área clínica.

El caso propuesto debe estar relacionado con los conocimientos previos del tema y lo ideal es que surja de manera espontánea, durante el desarrollo de la sesión.

El educador debe tener un papel de dinamizar y orientar a los grupos de trabajo, sin resolver el caso. Tras exponer los resultados por parte del grupo, el educador suele coordinar y resumir la información, destacando las propuestas acertadas y corrigiendo las erróneas.

- Philips 6.6

Técnica ideada por J. Donald Philips, quien propuso establecer, a partir de un grupo numeroso, subgrupos de 6 personas que discuten un tema específico durante 6 minutos, obteniendo conclusiones que después se presentan al resto del grupo.

Favorece la participación activa de todos los miembros, que opinan sobre el tema elegido.

Las técnicas de discusión en grupo requieren un agente conductor o animador, que debe corresponderse con el educador. Cumple la función de motivarlos, estimulando la participación de todos los individuos.

En primer lugar se proponen las normas a seguir durante el proceso de discusión y el educador mantiene un clima favorable. Después favorece la expresión de sentimientos personales y procura que los acuerdos adoptados sean por consenso, sino no resultan válidos.

Muy útil para su aplicación en auditorios extensos en los que se pretende establecer una dinámica participativa.

- Tormenta de ideas o brainstorming

Se conoce también como: torbellino de ideas, discusión creativa, promoción de ideas o tormenta cerebral.

Se trata de un grupo pequeño de 6 a 12 personas.

El objetivo principal consiste en facilitar la producción de un número elevado de ideas o propuestas acerca de un tema, en un periodo de tiempo reducido (unos minutos).

Esta técnica parte de la base en que si se deja actuar a las personas en un clima informal y con libertad de expresarse. Su desarrollo es el siguiente:

- El educador debe hacer una breve exposición del tema que se va a tratar, aportando información al respecto, el procedimiento y las normas de funcionamiento dentro del clima informal.
 - Durante unos minutos se solicita al grupo que con total libertad emita cuantas ideas y opiniones considere oportunas.
 - Una vez emitidas y anotadas las propuestas, se desechan las repetidas o no significativas, reagrupando las restantes. Se observa la posibilidad de llevar a la práctica las propuestas más valiosas, se hace un resumen y de acuerdo con el resto del equipo, se extraen las conclusiones.
- Rol playing o desempeño de papeles

Ideado por Jacob L Moreno, alumno de S Freud, consiste en una representación escénica de una situación auténtica y cotidiana, con el objeto de vivirla como real y así permite profundizar en un problema, ensayar soluciones y reflexionar sobre situaciones, intentando ponerse en el lugar del otro.

Este método tiene fuerte componente afectivo o emotivo, pues implica ponerse en lugar de la persona que se representa. Es un método excelente para problemas de comunicación personal, entrenamiento en relaciones humanas, cambio de actitudes...

Es importante esperar a que el grupo esté cohesionado y tenga un cierto grado de confianza entre sí, pues de lo contrario, la técnica es de poca utilidad porque no existe espontaneidad en la interpretación y en ocasiones, el grupo puede negarse a realizarla.

Preestablecer la duración pues varía en función del grupo que efectúa la interpretación, ya que no podemos saber cuándo saldrán los elementos necesarios para el análisis.

El desarrollo de la técnica se realiza en fases:

- La primera fase es de preparación. Se elige el tema y se dan las indicaciones para cada uno de los actores.
- La segunda fase se eligen los actores.
- Tercera fase se dan las indicaciones a los observadores de los diálogos, comunicación no verbal...
- Cuarta fase es la puesta en escena.

- En la última fase es de análisis crítico. Se permiten obtener unas conclusiones consensuadas por el grupo y expuestas por el educador.

Existen dos variantes de este método:

- Rol playing dirigido o estructurado: el educador distribuye de antemano los papeles a representar, especificando las normas de escenificación y su desarrollo. Más utilizado para objetivos concretos de análisis de conductas individuales.
- Rol playing libre o no estructurado: no se especifican normas concretas de contenido y desarrollo. Ventaja de mayor espontaneidad, pero pierde capacidad para hacer análisis profundo de comportamientos. Este tipo de representación más abierta enriquece mucho más al grupo, pero si no está bien canalizada, se puede llegar a la dispersión y no abordar los problemas principales.

La dramatización constituye un recurso de gran utilidad en la educación para la salud en el medio escolar.

- Cuchicheo

Consiste en dividir un grupo en parejas o tríos, para tratar un tema dado. Busca fomentar la participación y que afloren ideas y experiencias personales.

- Rumor

Trata de demostrar un aspecto básico de la comunicación en las relaciones humanas: el deterioro de la información en su proceso de transmisión y su capacidad para distorsionar la realidad a través de las sucesivas versiones de los transmisores.

Esta técnica se realiza con estímulos verbales o gráficos, debiendo los implicados explicar sucesivamente lo que han visto u oído, observando cómo se va alejando el mensaje inicial de la realidad.

b. Métodos indirectos

Encontramos una separación en tiempo o espacio entre el educador y educando. Se utiliza la palabra escrita o hablada, a través de los medios de comunicación social.

Carácter unidireccional. Si se utilizan aisladamente, se consideran poco eficaces en educación para la salud.

Constituyen los denominados “medios de comunicación de masas”, los “mass media”.

Funciones:

- Crear una opinión pública.
- Concienciar a la comunidad sobre temas relacionados con la salud.
- Distribuir información.
- Fomentar la participación comunitaria.

Ventajas:

- Capacidad para llegar a una gran cantidad de personas.
- Amplia cobertura poblacional, siendo el coste relativamente bajo.
- Aportan información y refuerzan actitudes positivas.
- Contribuyen a crear una cultura positiva de salud en la población.

Las principales limitaciones de estos métodos son:

- La sensibilización es mayor al principio de las campañas informativas.
- La sensibilización disminuye o cesa al finalizar la campaña.
- Los mensajes tienen que ser genéricos, no adaptándose al nivel ni necesidades de grupos específicos.
- Por sí solos no son eficaces en la modificación de comportamientos.
- Si se desean incidir en conductas individuales, deben combinarse con métodos directos de educación para la salud.

- Mural, cartel, póster

Su diseño debe ser atractivo para captar la atención del receptor y transmitir una idea de forma clara y concisa. Puede completarse con imágenes que deben ir en consonancia con el texto.

Las dimensiones de un cartel permitirán una visión rápida del mismo y la lectura del mensaje impreso. El texto debe ocupar el 25 % y la imagen el 75 %.

Son uno de los medios más utilizados para la información y la educación sanitaria.

Se debe atraer la atención de un modo intenso y rápido sobre un asunto.

Debe informar y también inducir a seguir una línea de conducta.

Debe instalarse en lugares visibles y estratégicos, en exteriores (vallas) o en interiores (centros sanitarios, escuelas...)

El elemento principal del cartel es el color: llamativos y bien combinados para atraer la atención.

El segundo elemento es el dibujo: debe ser atractivo y adecuado al tema.


El tercer elemento es el texto: debe ser lo más breve posible de forma que cualquier persona lo capte fácilmente al pasar.

Por lo directo del impacto son muy utilizados junto con radio y televisión al inicio de las campañas preventivas y de promoción de la salud.

Lavado de manos higiénico con Solución alcohólica
(según norma EN1500)

Objetivo
Eliminar o destruir los microorganismos superficiales de las manos protegiendo la piel.

Indicaciones



Procedimiento

1. Lavado simple de manos. No es necesario repetir entre dos procedimientos seguidos si se usan guantes desechables y no ha habido contaminación accidental.
2. Aplicación de una dosis de solución alcohólica de 3ml. Para ello, realizar dos pulsaciones del dosificador sobre las manos bien secas.
3. Fricción de las manos durante 30 segundos. Siguiendo los pasos descritos a la derecha, hasta que se evapore la solución alcohólica. Prestar especial atención a pulgares, dorso de dedos, manos y uñas. Deben mantenerse húmedas durante los 30 seg. Caso de secarse antes de 30seg., añadir otra dosis.

TIPOS DE LAVADOS DE MANOS

Tipo de lavado	Producto	Tiempo de fricción	Indicaciones	Observaciones
Higiénico o rutinario. Es preventivo, sólo de asistencia.	Jabón líquido claro (con disulfidato en exceso desinfectante).	A. menos 15 seg.	Antes y después de quitarse los guantes. ^(*)	No olvidar pliegues interdigitales, pliegues e yemas. Los jabones deben ser neutros para el pH de la piel.
Lavado Antiséptico. Soluciones alcohólicas. ^(**)	Jabón líquido con agentes antimicrobianos (solución de yodóxido de clorhexidina e povidona yodada).	A. menos 15 seg.	Antes de las curas de las heridas. Antes de realizar procedimientos invasivos, como inserción de catéteres, sondas vesicales. Antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes (multibacteriano). Antes del contacto con pacientes inmunodeprimidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión. En caso de brotes epidémicos.	Con soluciones alcohólicas basta con la fricción de las manos (ver procedimiento) y dejar secar mientras se trata.
Quirúrgico	Jabón líquido con agentes antimicrobianos (solución de yodóxido de clorhexidina e yodada yodada). Capítulo de uñas desmenuable. Incorporado de agente antimicrobiano.	1º fase de lavado (manos, antebrazos y codos) sólo es necesaria en el primer lavado del día. 2º fase de lavado (manos y antebrazos): 3 min. si se hace con jabón; 1,5 min. si se hace con una solución alcohólica adecuada.	Antes de la intervención quirúrgica. Antes de cualquier maniobra invasiva que implique un grado de asepsia.	Además de la atribución de las microorganismos de las manos, se busca acción residual. No utilizar vaselina para excipiente masajes y anticreos, ya que podría ensuciar la piel, facilitando la colonización por microorganismos.

¿PORQUE QUEREMOS PREVENIR LAS INFECCIONES?
¡LAVE SUS MANOS!
Pueden estar contaminadas y la higiene/antisepsia de manos es el mejor aliado que tenemos.

¿Qué es un lavado higiénico de manos?
Es la eliminación de la suciedad y una parte de los microorganismos presentes en la piel de las manos.
El lavado higiénico de manos se realiza utilizando agua y un jabón simple no medicado.

¿Qué es un lavado antiséptico de manos?
Es eliminar los microorganismos que las contaminan y que adquirimos por contacto con los pacientes y con superficies contaminadas.
El lavado antiséptico de manos se realiza con el uso de un producto antiséptico (bien una solución alcohólica, bien un jabón medicado).

¡IMPORTANTE!
Aunque hayamos utilizado o vayamos a utilizar guantes, hemos de hacer una correcta higiene/antisepsia de las manos.

1 Frotar muñecas y palma con palma.

2 Palma de mano derecha con dedo de mano izquierda y viceversa.

3 Palma con palma con los dedos entrelazados.

4 Dorso de los dedos contra palma izquierda, con los dedos entrelazados.

5 Frotarse por fricción el pulgar, tomando dentro de la palma derecha y viceversa.

6 Con rotaciones, frotarse las yemas de los dedos entre sí sobre la palma de la mano contraria y viceversa.

HIV HBV HCV HERPES ROTA

Servicio de Medicina Preventiva

Fig. 1.4. Póster informativo

- Publicaciones impresas

Todas las publicaciones sencillas, dirigidas al público con el objetivo de informar sobre un asunto (folletos, dípticos, trípticos...).

El diseño debe incluir una introducción, desarrollo del tema y un resumen o conclusiones. Lenguaje asequible para el lector.

Los folletos son publicaciones sencillas dirigidas al público que tratan, por lo general un tema específico.

Ventajas de los folletos:

- Son muy versátiles Adaptando su contenido a las diferentes clases de público.
- El mensaje no es muy puntual, como radio o televisión, sino que permanece y puede ser asimilado por el lector a su ritmo.
- Complemento eficaz de otros medios, tanto directos como indirectos. En ambos casos son especialmente útiles para ampliar la información y la motivación ya transmitida y sobre todo indicar al educando cómo pasar a la acción.
- El coste por unidad es bajo.

Inconvenientes de los folletos:

- Sólo son aptos para el público alfabetizado.
- La distribución es difícil y costosa, ya que los puntos donde deben estar a disposición de la población son muy numerosos y además hay que reponer el material que se vaya agotando.

Diseño y contenido:

- Debe tener un texto breve pero con extensión suficiente para cubrir los objetivos marcados.
- El lenguaje y contenido deben adaptarse al tipo de público al que va dirigido. Deben tener claridad y exactitud en la exposición del mensaje. El texto debe tener unidad y armonía. Se cuidará el tipo de letra, el dibujo y el color.
- El diseño es fundamental. La forma de díptico o tríptico es la ideal. Conviene que en la portada figure el mismo dibujo o fotografía que en el cartel.
- Conveniente no distribuirlo masivamente, ya que las personas que previamente no hayan sido sensibilizadas o estén interesadas por el tema ni siquiera los leerán.



Fig. 1.5. Folleto informativo

- Periodismo impreso

Artículos de opinión, anuncios... ejercen influencia sobre opiniones y comportamientos. A la hora de publicar alguna monografía relacionada con la salud, se aconseja contar con el asesoramiento de un agente de educación para la salud.

- Medios sonoros

La emisión de mensajes educativos sanitarios a través de la radio, se limita a despertar el interés de los oyentes por un tema. El mensaje debe ser de corta duración y no permite la instrucción de forma práctica.

Actualmente existen emisoras especializadas en materia de salud, haciéndose imprescindible la colaboración de profesionales capacitados para evitar efectos sensacionalistas y perjudiciales.

La música con letra sólo debe usarse si es parte del mensaje, sino mejor incluir melodías sin letra.

La radio es el medio de comunicación de masas de mayor cobertura, incluso superior a la TV, siendo su principal ventaja.

Una importante ventaja de la radio es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para recibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre con los medios impresos, para cuya comprensión el educando debe tener cierto grado de instrucción.

Es un medio muy eficaz para hacer llegar mensajes a los grupos sociales menos favorecidos.

Entre los inconvenientes: no sirve para instruir de forma práctica sobre lo que hay que hacer para adoptar la conducta deseada. Se limita a inculcar conceptos e ideas y despertar el interés del oyente sobre el tema.

Medio que hay que tener presente al comienzo de las campañas masivas de información y educación sanitaria, para informar y sensibilizar sobre el tema.

Las cuñas publicitarias se utilizan mucho al comienzo de las campañas de educación sanitaria, mensajes breves que transmiten consejos o recomendaciones preventivas.

Las charlas radiofónicas permiten una cobertura de población muy superior a la de las charlas dirigidas a grupos, pero la población es muy general y posee intereses y objetivos muy dispares.

Exigencias de una charla radiofónica: brevedad (6-7 minutos), lenguaje sencillo, estilo ameno y tono atractivo para retener la atención del oyente.

Los programas dialogados: estos programas (entrevistas, coloquios) tienen un amplio campo para la información y la educación sanitaria. Algunos incluyen preguntas por teléfono que permite un cierto grado de reflujo de la información (que no tienen los medios unidireccionales). La desventaja es que las intervenciones suelen ser muy personales.

- Medios audiovisuales

En la actualidad hay diversos medios audiovisuales como recursos auxiliares del proceso educativo: la pizarra, el rotafolio, las transparencias y el retroproyector, diapositivas, ordenador personal y la proyección multimedia, video, televisión o el cine.

La investigación pedagógica demuestra que el aprendizaje con el uso simultáneo de la imagen y el sonido, favorece la retención del mensaje a corto y medio plazo, frente al aprendizaje sólo con métodos de enseñanza sólo oral o visual.

La función fundamental de cualquier medio técnico es actuar de apoyo para la presentación de los contenidos. Los medios audiovisuales ofrecen los contenidos de forma más real y atractiva, produciendo un efecto positivo y animador.

- Internet

Es uno de los medios de comunicación más recientes y de mayor crecimiento, en especial entre los jóvenes y entre la población de elevado nivel socioeconómico.

Los sitios web que proporcionan información sobre medicina y salud son muy numerosos en todos los idiomas.

Los mensajes que reciben los ciudadanos desde los sitios web oficiales son muy contrastados desde el punto de vista científico.

En cambio la información no oficial sobre salud y medicina a la que tienen acceso los ciudadanos a través de internet, suelen presentar problemas importantes: información no contrastada científicamente con fines comerciales, religiosos... En ocasiones esta información puede llegar a perjudicar seriamente la salud.

Si bien internet tiene un importante potencial de información y educación sanitaria, como instrumento de desinformación sanitaria es aún más peligroso que la prensa y otros medios de comunicación de masas.

C. Elección de la técnica

La OMS recomienda emplear recursos técnicos educativos que favorezcan el contacto directo entre los educadores sanitarios y la comunidad, como método de primera elección en los programas o campañas de educación sanitaria.

Estos métodos utilizan la palabra hablada, que es el medio más efectivo con el que cuenta la educación, además puede complementarse con otros recursos técnicos.

La finalidad de los profesionales es ofrecer información veraz, motivar a las mujeres para que practiquen un estilo de vida saludable y promocionar sus capacidades de decisión en materia de salud. Se ha de trabajar las habilidades comunicativas y las posibilidades que cada técnica nos ofrece.

El proceso de educación para la salud está configurado por diferentes elementos: análisis de necesidades, formulación de objetivos, planificación de las actividades, metodología didáctica y evaluación.

La metodología didáctica actúa, entre otras cosas, sobre la motivación del individuo hacia el cambio e influye en la recepción y asimilación del mensaje.

No existen técnicas didácticas estándar, deben adaptarse a los objetivos y al grupo de la población con el que se esté trabajando. No se utilizará la misma metodología en un programa dirigido a mujeres menopáusicas que en uno dirigido a la población adolescente. En ocasiones un programa realizado en dos grupos diferentes (ejemplo mañana y tarde), no puede tratarse de igual manera pues los grupos de mujeres pueden tener expectativas y vivencias distintas.

Cuando en los programas de educación para la salud sólo se ofrece información, no es suficiente para que sean efectivos. Se ha de implicar a las mujeres para con actividades que promuevan la adopción de un estilo de vida saludable y proporcionarles los instrumentos para llevarlo a cabo.

Existen programas donde la población diana está muy motivada a adoptar un estilo de vida saludable, como el programa de educación maternal. El objetivo sería que las mujeres mantuvieran los hábitos adquiridos durante la gestación y una vez finalizada ésta (dieta equilibrada, abandono del hábito tabáquico...).

Las técnicas didácticas tienen como objetivo contribuir a sistematizar y estructurar el aprendizaje y facilitar el cambio. La técnica debe entenderse como el medio para transmitir el mensaje.

Es importante combinar distintas técnicas pues cada una de ellas hace posible la consecución de distintos objetivos.

Las técnicas participativas son las que han demostrado ser más efectivas, pues con ellas se facilita la implicación y el compromiso de las mujeres en el mantenimiento y promoción de la salud.

Antes de emplear cualquier técnica, se ha de tener en cuenta:

- Ser conscientes del propósito de la técnica e informar al grupo. No se utilizará una sesión expositiva si lo que quiere es por ejemplo que el grupo adquiera habilidades psicomotrices para realizar el baño del bebé.
- Utilizar técnicas sencillas en grupos de reciente formación, dejando las más complejas para cuando el grupo ya esté cohesionado.
- Elegir la técnica en función del grupo de mujeres que integran el grupo. Ya que en los grupos muy numerosos será difícil que interactúen todos los miembros.
- El inicio de la sesión se utilizará para motivar al grupo en relación con el tema que se va a tratar y resaltar su importancia.

- Evitar las actividades que no tengan sentido con los intereses del grupo. Pues se producirá poco efecto en éste.
- Al finalizar la actividad se realizará una síntesis, resaltando los aspectos más importantes y comprobar que no hay conceptos erróneos, por ejemplo realizando algunas preguntas sobre el tema tratado.

El juego de roles al igual que el método del caso, puede usarse dentro de una sesión expositiva o de forma aislada. Útil para vivir proyecciones de futuro como por ejemplo, en educación maternal puede realizarse un juego de roles de cómo será la vuelta a casa o cómo será la llegada al servicio de urgencias con síntomas de parto. En programas de menopausia se puede simular de manera que una mujer explica a otra cómo se siente física y emocionalmente y a partir de aquí poder trabajar la sintomatología climatérica y las diferentes alternativas.

No existen recetas milagrosas en educación para la salud pues intervienen muchos factores: estilos de vida, hábitos, cultura... que van a influir en la motivación y el mantenimiento de hábitos saludables. Estos aspectos se han de tener en cuenta al diseñar las diferentes sesiones de un programa educativo.

También es importante desarrollar nuestras habilidades comunicativas: capacidad de ofrecer mensajes, teniendo en cuenta el grupo a quien va dirigido, los objetivos y capacidad de promover la reflexión. Así contribuimos a que las mujeres estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse objetivos realistas en materia de salud.

1.7. Aplicación de la dinámica de grupos en los programas educativos para la salud de la mujer. Conducción de grupos: qué es un grupo. El grupo como agente educador. Dinámica de grupos

A. Aplicación de la dinámica de grupos en los programas educativos para la salud de la mujer

Conocemos que desde la prehistoria el hombre tuvo la necesidad de agruparse para poder cazar y defenderse de los dinosaurios, mientras las mujeres se quedaban en las cavernas cuidando a los niños y a los más ancianos, pero siempre trabajando en grupo.

Con el pasar del tiempo, las necesidades del hombre fueron cambiando, por ejemplo: los cristianos se reunían para hablar de Jesús, en la Revolución francesa el pueblo se unió para protestar contra algo que creía injusto, durante la Segunda Guerra Mundial ciertos países como Estados Unidos e Inglaterra, tuvieron que unirse para derrotar a Hitler y así un sinfín de hechos históricos.

Hasta hoy seguimos viendo cómo el hombre busca a otros para celebrar, trabajar, estudiar... pero siempre con un objetivo común: lograr lo que se proponen.

Llegamos a ser lo que somos a partir de procesos de socialización que son fundamentalmente procesos de grupo. Somos el “producto final” de aquellos entornos grupales por los que hemos pasado. Sin embargo, estamos tan inmersos en esta realidad grupal que no le damos importancia.

Los hombres trabajando conjuntamente pueden realizar mayores logros, las ideas espontáneas son perfeccionadas, al ir aportando cada uno su granito de arena, para llegar al objetivo.

Fomentar la capacidad de trabajar en grupo, supone abrir espacios para el diálogo que posibiliten el flujo de los significados individuales para crear un pensamiento de conjunto. Supone también aprender a percibir y recoger los patrones de interacción personal que muchas veces obstaculizan el aprendizaje grupal.

Entendemos el aprendizaje grupal como un proceso de elaboración conjunta, en el que el conocimiento no se da como algo acabado de una persona que la posee a otras que no lo tienen. Desde esta perspectiva del aprendizaje centrado en el grupo, el conocimiento no aparece como algo terminado, sino más bien como elaboración

conjunta que parte de situaciones problemáticas, donde se analizan los elementos involucrados en situaciones específicas, se proponen alternativas, se identifican las posibilidades y se evalúan los resultados.

El trabajo con grupos es realmente apasionante, dado que existe un intercambio de experiencias, se propician discusiones enriquecedoras y se retroalimenta la información que cada uno posee.

B. Conducción de grupos: qué es un grupo

Según el diccionario grupo es número variable de seres o cosas que forman un conjunto.

El concepto de grupo es muy importante pues éste es la unidad básica en el estudio de la organización de los seres humanos desde un punto de vista psicosocio-antropológico. Para poder estudiar a un grupo es necesario identificar sus diferentes dimensiones con una aproximación interdisciplinaria. Son diversos los criterios que se han tomado en cuenta para definir a un grupo, por ejemplo, el tamaño, la duración, los objetivos...

En el campo de la Psicología, el grupo puede ser considerado como un conjunto de personas que reúne muy pocos requisitos. “Un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente inter-vinculados”. Caben aquí grupos de distinta naturaleza, la familia, la pandilla, clase media, grupo étnico... También los miembros de un grupo pueden o no conocerse personalmente.

Para que exista el grupo es preciso que haya una interacción entre las personas y además conciencia de la relación común.

Para Kart Lewin (1963), concibe el grupo como “un todo dinámico que se basa en la interdependencia de sus miembros”.

Tejada (1977) se refiere a un grupo como “un conjunto de personas que se interrelacionan mutuamente, que persiguen objetivos comunes, más o menos compartidos, se definen a sí mismos y son definidos por los demás como miembros del grupo, constituyen normas relativas a asuntos de interés común, y participan de un sistema de roles entrelazados”.

Según Olmsted, “un grupo será definido como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto los unos con los otros, que tiene en cuenta la existencia de unos y otros y que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia”.

Diversos autores en psicología y dinámicas de grupo manifiestan que en un grupo, sus miembros actúan frente a frente con una verdadera relación personal y comunitaria, teniendo en cuenta la participación y existencia de los demás, es decir el grupo como estructura que emerge de la interacción de sus individuos generando una evaluación que lo llevará hacia delante para alcanzar metas u objetivos.

a. Tipos de grupos

Según Cirigliano Villaverde es importante reconocer los distintos tipos de grupos y que respondan a los intereses o requerimientos de sus miembros. Así nos referimos a los grupos primarios y secundarios.

- Grupo primario

Es aquel en el que todos los miembros interaccionan directamente, cara a cara, son conscientes de la existencia del grupo y de su pertenencia a él, y de la presencia de los otros miembros.

Los miembros se hallan ligados por lazos emocionales cálidos, íntimos y personales, como la familia, la pandilla...

Es de importancia ya que interviene en el desarrollo y formación de la personalidad a través de una educación de normas, valores, conductas... que facilitan interacciones intensas entre sus miembros basadas en sus sentimientos y emociones, con metas comunes e interdependientes.

Este es el que realmente puede educar al individuo con miras a su participación en cualquier tipo de grupo.

- Grupo secundario

Mantiene relaciones frías, impersonales, más formales. El grupo en este caso no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr otros fines. Las relaciones se establecen más bien a través de comunicaciones indirectas.

Una forma típica de grupo secundario es la empresa en que se trabaja (no el grupo de trabajo) o un club deportivo del que se es miembro.

b. Propiedades y funciones del grupo

Salomón Asch expresa la gran importancia que tienen los grupos especialmente los primarios (familia, equipos de trabajo...), ya que en ellos es en donde se realiza gran parte del trabajo del mundo.

Es necesario mencionar algunas propiedades y funciones que cumple el grupo ya sea hacia el interior (con sus miembros) o el exterior (lo que tiene que ver con el grupo).

- Propiedades de los grupos

Secundino Movilla, señala entre las principales propiedades:

- Normas y reglas de conducta: es fruto de un acuerdo entre todos los integrantes del grupo, es por ello que pueden existir diferentes códigos para diferentes grupos.
- Clima del grupo: hace referencia a la forma de ser, a la forma de comportarse, al estilo.
- Existencia de emociones y sentimientos comunes: frente a etapas y situaciones que el grupo tiene que afrontar.
- Equilibrio interno y relaciones estables con el medio circundante: propiedades indispensables para la existencia del grupo. Si un grupo quiere mantenerse como tal, debe consolidarse primero en su dinámica y funcionamiento interno, para luego ganarse el reconocimiento y tolerancia del medio circundante.
- La edad mental de un grupo suele ser inversamente proporcional al número de sus miembros: la edad mental de un grupo es mayor cuanto menor es el número de miembros de dicho grupo.
- Imaginación y producción: aumentan en los integrantes del grupo logrando de esta manera resultados más efectivos en su accionar.

- Funciones del grupo

Secundino Movilla establece varias funciones que realiza el grupo como:

- Integración personal: el grupo permite que cada uno de sus miembros alcance un grado de confianza alto, situación que no se daría o difícilmente si el sujeto no se encuentra dentro del grupo. Por la influencia de un grupo el sujeto se siente más fuerte dentro de él.
- Potenciación de las relaciones intergrupales: esta función responde al efecto engrandecedor del grupo, en frases tales como “la unión hace la fuerza” “contra un grupo no hay quien pueda”...
- Clarificación de las relaciones interindividuales: esta función se manifiesta especialmente en los grupos primarios, pues posibilitan el descubrir la imagen que otros se hacen de mí y yo de ellos.

- Identidad personal: el grupo permite que el sujeto se incorpore y sea él mismo frente a los demás, tiene la posibilidad de rehacer su propia imagen junto a personas con las que pueden establecer un nuevo tipo de relaciones.

c. Características

Las características que más resaltan del grupo de acuerdo a Jack R.Gibby son:

- Una asociación definible: una colección de dos o más personas que se pueden identificar por nombre o tipo.
- Conciencia de grupo: los miembros se consideran como un grupo, tienen percepción colectiva de unidad, hay una identificación consciente de unos con otros.
- Metas: los miembros del grupo tienen el mismo “objeto modelo” o “metas ideas”. Sentido de participación con los mismos propósitos.
- Dependencia recíproca en la satisfacción de las necesidades: necesitan ayudarse mutuamente para lograr los propósitos, para cuyo cumplimiento se reunieron en grupo.
- Acción recíproca: los miembros se comunican unos con otros.

El grupo debe tener una estructura interna y habilidad para actuar de forma unitaria.

Cartwright y Zander opinan que para que pueda hablarse de grupo es necesario que exista la reunión de dos o más personas, y que dicho grupo posea alguna o algunas de las características siguientes:

- Que sus integrantes interactúen frecuentemente.
- Se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.
- Que otras personas ajenas al grupo también los reconozcan como miembros de éste.
- Acepten las mismas normas.
- Se inclinen por temas de interés común.
- Constituyan una red de papeles entrelazados.
- Se identifiquen con un mismo modelo que rija sus conductas y que exprese sus mismos ideales.

- Que el grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
- Las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.
- Todos perciban al grupo como unidad.
- Actúen en forma similar respecto al ambiente.

d. Principios básicos de un grupo

Los ocho principios básicos para el trabajo en grupo son:

- Ambiente

El grupo debe actuar dentro de un ambiente favorable, cómodo, propio al tipo de actividad que va a desarrollarse. El ambiente físico influye sobre la atmósfera del grupo y debe buscar la participación, la espontaneidad y la cooperación de todos los miembros.

Debemos evitar ambientes demasiados grandes o demasiados pequeños.

El mobiliario y recursos adecuados invitan al trabajo exitoso.

- Reducción de la intimidación

Las relaciones interpersonales deben ser amables, cordiales, francas, de aprecio y colaboración.

El actuar en un grupo puede producir sentimientos de temor, inhibición, hostilidad, timidez, que se engloban en el concepto de intimidación.

Los miembros deben conocerse lo mejor posible, ser tolerantes y comprensivos. Cuando se está cómodo, tranquilo y a gusto con los demás, la tarea resulta más provechosa y gratificadora.

- Liderazgo distribuido

Todo grupo requiere una conducción (liderazgo) que facilite la tarea y favorezca el logro de sus objetivos. Esa conducción ha de ser distribuida en todo el grupo con el fin de que todos los miembros tengan oportunidad de desarrollar las correspondientes capacidades.

El liderazgo distribuido favorece la acción y la capacidad del grupo.

- Formulación de los objetivos

Un objetivo es la meta que debe ser alcanzada y debe plantearse de forma clara y sencilla, de tal manera que sea entendida en primer lugar por los integrantes del grupo y también por otros miembros de grupos diferentes.

Debe hacerse con la participación de todos los miembros, así se incrementa la conciencia colectiva, indispensable para el buen funcionamiento del grupo.

- Flexibilidad

Los objetivos establecidos deben ser cumplidos de acuerdo con los métodos y procedimientos que se hayan elegido. Pero si nuevas necesidades o circunstancias aconsejan una modificación de los mismos, debe existir en el grupo una actitud de flexibilidad que facilite la adaptación constante a los nuevos requerimientos.

- Consenso

El grupo debe establecer un tipo de comunicación libre y espontánea y que haga posible llegar a decisiones o resoluciones mediante el acuerdo mutuo entre todos los miembros (consenso).

- Comprensión del proceso

Un trabajo en grupo o equipo exige una comunicación más fluida, sin interferencias, son aspectos importantes a la hora de determinar con claridad lo que se quiere hacer en el grupo, es decir, entender entre” lo que se dice” y “cómo se dice”. El desarrollo de la actividad en sí misma, la forma en que se actúa, las actitudes, reacciones de los miembros, tipos de interacción y participación, constituyen el proceso de grupo.

- Evaluación continua

El grupo necesita saber en todo momento si los objetivos y actividades responden a las conveniencias e intereses de los miembros. Para ello, se requiere una evaluación o examen continuo que indague hasta qué punto el grupo se halla satisfecho y las tareas han sido cumplidas. Esto permite introducir cambios de acuerdo con el principio de flexibilidad antes expuesto. El propio grupo elegirá las técnicas que considere más apropiadas para realizar esta evaluación.

e. Fases evolutivas en la vida de grupo

Existen diversos modelos explicativos:

- Modelo de Bennis

Primera Fase: Dependencia unilateral, respecto al instructor y los miembros entre sí. El coordinador desempeña un papel fundamental en esta fase. Consta de las siguientes subfases:

- Huida: se habla de problemas y situaciones externas a los participantes. Tiene lugar un fenómeno llamado “intimidación por la experiencia”. Se habla de situaciones vividas en situaciones parecidas. Es una manera de “romper el hielo” y situarse.
- Lucha: los integrantes disputan entre sí y comienzan a formarse pequeños subgrupos. A veces, se intenta atacar al instructor del grupo, sin embargo suele ser una manera de admitir su dependencia respecto a él, más bien es una “llamada de atención”.
- Solución: se produce una pequeña “catarsis” y se estructura de nuevo el grupo. El animador ya no se percibe como alguien omnipotente, sino como uno más. Se vuelve a encontrar el objetivo del grupo. Quizás es el momento oportuno para que algunos miembros abandonen el grupo.

Segunda fase: interdependencia. El grupo empieza a establecer relaciones entre sí. Consta de las siguientes subfases:

- Entusiasmo: distensión y satisfacción por la armonía alcanzada. Los miembros están contentos por pertenecer al grupo.
- Lucha: se produce un desencanto y de nuevo se divide el grupo. Aumentan los contactos informales del grupo, ya que en las reuniones formales no es posible satisfacer la necesidad de intimidad de los miembros.
- Consenso y acuerdo: se establecen acuerdos y cada miembro se enriquece de las aportaciones de los demás. Si no se establece ese consenso, no es raro que algunas personas abandonen el grupo.

- Modelo fásico de Tuckman

Fase de formación: se presenta dependencia y existe miedo y desconfianza. Se analiza la situación. Los miembros aceptan las reglas y establecen un método adecuado de trabajo.

Fase conflictiva: se establecen conflictos entre diferentes subgrupos. Aparecen opiniones opuestas, rebelión contra el líder...

Fase de normación: se afianza la cohesión del grupo. Surgen normas, se supera la oposición y se resuelven los conflictos. Aparece el sentimiento de afecto y pertenencia al grupo. Se desarrolla la cooperación.

Fase de trabajo: una vez resueltos los problemas interpersonales, se vuelcan los esfuerzos en el trabajo. Se plantean alternativas de solución a los problemas.

Clausura: el grupo alcanza sus objetivos y sigue avanzando o bien desaparece.

- Modelo de Jewell y Reitz

Orientación: se realiza una toma de contacto con el objetivo de “romper el hielo”. Se empiezan a establecer roles, hay poca confianza... Si el líder formal no marca alguna pauta, surgirán líderes informales que implantarán sus criterios y llenará la necesidad de liderazgo que tiene el grupo.

Conflicto y reto: período de prueba. Se entra en conflicto con el líder o el sentido del grupo. Se forman subgrupos. Aparecen formas sutiles de rebeldía: quejas, retrasos...

Cohesión: se logra superar la segunda etapa cuando un miembro, que tiene respeto en el grupo y que no suele ser el líder, lanza un reto al grupo. Se experimenta una sensación de espíritu de grupo, cada integrante cree que ha encontrado su rol y función en el grupo.

Delusión: una vez que se han superado los conflictos con el liderazgo y el poder, se experimenta una sensación de alivio. Pero se van acumulando presiones que no se expresan. La participación en esta etapa es activa.

Desilusión: surgen los problemas ocultos y se rompe la armonía de la etapa anterior. Se forman subgrupos y aparecen conflictos entre ellos. Se manifiesta la tensión a través de diversos mecanismos: absentismo frecuente, comentarios críticos...

Aceptación: de nuevo un miembro con autoridad, lanza un reto al grupo. Se fomenta un mayor entendimiento sobre las expectativas de los miembros entre sí y del grupo. A partir de ahora el grupo puede comenzar a actuar de forma madura.

- Modelo de Worchel

Situación de partida: las personas se debaten entre un deseo de pertenencia o creación de un grupo y mantener su autonomía o particularidad. A partir de algún hecho o experiencia puntual, se desencadena la formación de un grupo.

Identidad: toma de conciencia de intereses, inquietudes, objetivos...

Productividad: esa unión provoca una etapa de eficacia y productividad grupal.

Individuación: aparecen conflictos que no se resuelven, surgen descontentos que replantean la necesidad de autonomía e independencia.

Declive: se inicia el proceso para replantearse su pertenencia al grupo y comenzar una nueva situación de partida.

f. El liderazgo

Según Patricia Tschorne “líder se lo puede considerar a una persona capaz de conducir, orientar al grupo para la consecución de sus objetivos y que tienen una influencia demostrable sobre la conducta global del grupo”. No hay líder sin un colectivo con el que se relacione.

Un líder debe poseer rasgos relacionados con la capacidad, la sociabilidad, la motivación, la iniciativa y la tenacidad que permitirán ir tomando uno u otro estilo de liderazgo: líder autocrático, democrático y un líder “laissez faire”, en este último el líder no participa en las actividades grupales sino le deja al grupo en plena libertad.

Todas las características de un líder, deberían ser asumidas por el docente para optimizar su trabajo con grupos, de tal forma que el docente se convierta en la persona capaz de conducir y orientar al grupo educativo para la consecución de sus objetivos, y de esta manera poder obtener mayores logros y progresos en el proceso enseñanza-aprendizaje.

En el mundo de las organizaciones se suele entender por **liderazgo** cualquier intento que pretenda influir sobre la conducta de otro individuo o grupo. En contextos anglosajones se habla de liderazgo en términos de “coaching”, que resalta la dimensión de animador o facilitador de la dinámica grupal.

g. La evaluación del grupo

“No hay peor ciego que el que no quiere ver”.

- Es vital conocer nuestra ubicación: si no somos conscientes de dónde estamos y no tenemos referencias de cómo lo vamos haciendo, difícilmente podemos mejorar.
- Todo grupo tiene que “auscultarse” con regularidad. Debe tomarse el pulso y acostumbrarse a realizar ese “chequeo” con cierta metodología. No sólo hay que tener buena voluntad, sino propiciar unos medios o herramientas que faciliten un trabajo que enriquezca al grupo y que no sirvan para crear tensión. Una mera descarga de agresividad sin sentido constructivo, puede anular totalmente el proceso de evaluación y fomentar un mal clima grupal.
- La evaluación sirve para aprovechar los recursos que tienen los propios miembros de los grupos. Si se consigue implicar a los participantes, se conseguirán varios objetivos: motivar, fomentar la participación y recoger información desde dentro, ya que, al vivir la experiencia, los participantes son los que conocen bien lo que ocurre.

h. Transformar grupos en equipos de trabajo

Según Robbins un “equipo de trabajo”, genera una sinergia positiva a través de un esfuerzo coordinado. Su logro final da como resultado un nivel de desempeño mayor que la suma total de las aportaciones individuales.

Las diferencias entre grupo y equipo de trabajo serían:

<i>Tabla 1.11. Diferencias entre grupo y equipo de trabajo</i>	
Equipo de trabajo	Grupo
Meta definida	Interés común
El trabajo se distribuye según las habilidades y capacidades personales o bien dando la posibilidad de desarrollar nuevas habilidades	El trabajo se distribuye en partes iguales
Cada miembro del equipo está en comunicación con los demás, para asegurar los resultados	Cuando alguien termina su tarea, se puede marchar. No existe obligación de obligar a otros
Existe un coordinador que enlaza los avances, comunica dificultades, muestra avances parciales a todo el equipo	Puede existir o no un responsable o coordinador
Los logros son méritos de todo el equipo	Los logros se juzgan para cada miembro
Existe un alto nivel de compromiso, pues cada miembro realiza el mejor esfuerzo por los resultados	No existe necesariamente un nivel de compromiso
Las conclusiones son colectivas	Las conclusiones son personales, pueden existir varias
Todos los miembros desarrollan nuevas experiencias de aprendizaje que pueden incorporar nuevas experiencias de autoaprendizaje	Los integrantes se vuelven expertos en el tópico que investigan pero ignorantes en el contexto
Se crea una práctica de valores: honestidad, responsabilidad, liderazgo, innovación y espíritu de superación personal	No existe un estilo, una cultura, un sistema de valores o mística
La autoevaluación está presente a lo largo de todo el trabajo del equipo	No es necesaria la autoevaluación

C. El grupo como agente educador

La potencialidad de un grupo, su clima y su anhelo de realización personal, puede traducirse en una fuerza educadora impredecible y por lo tanto no sólo debe aprovecharse, sino que no debe desperdiciarse en la acción educativa.

En la concepción moderna de la educación, el eje de la actividad en el proceso de enseñanza-aprendizaje se centra en el alumno, en contraposición a la educación tradicional que la centraba en el docente.

El grupo puede tener varios tipos de efectos o poderes educativos según los planteamientos pedagógicos de Cirigliano y Villaverde 1996, que son:

a. Efecto terapéutico o de ayuda

Todo grupo tiende a mejorar sus integrantes, es decir, a brindarles la posibilidad de desarrollar capacidades y superar problemas personales, por el mero hecho de compartir una situación con otros, cuando las condiciones del grupo se presentan positivas.

b. Efecto psicoterapéutico

Los grupos pueden curar, aspecto que manejan los psicoanalistas de grupo y también los educadores que ejercen su profesión con alto sentido de responsabilidad y de entrega.

c. Efecto educativo

Los grupos pueden ser utilizados con el fin de aprender. En tal caso existirá conciencia entre el fin y el efecto. La dinámica del grupo y en especial sus técnicas se convierten así en instrumentos válidos del docente para el desarrollo de sus clases. Implica las siguientes exigencias:

- Conocer las técnicas y la metodología para aplicarlas.
- Conocer muy bien las características del grupo con el que las va a aplicar.
- Conocer los fundamentos teóricos de la dinámica de grupos y al menos algunas experiencias que registra la historia de la educación desde su aparición en la década del 30, con Kurt Lewin citado por Cirigliano y Villaverde, alemán quien fundó en 1945 el Centro de Investigación de la Dinámica de Grupo, en el Instituto de tecnología de Massachusetts EE.UU.
- Revisar los principios básicos de la dinámica de grupo.

- Tener espíritu emprendedor y llevar a la práctica las técnicas con el apoyo de sus alumnos.
- Tener buen sentido de organización.
- Preparar con anterioridad el material didáctico en lo posible con la participación del grupo.
- Tener la mente dispuesta al cambio para adaptarse a la concepción moderna de la educación.
- Habilidades que le permita guiar el aprendizaje, para que los alumnos adquieran las habilidades que de ellos se esperan.

Dinámica de grupos

Kurt Lewin, iniciador de la dinámica de grupo en la década de los treinta. La teoría de Lewin puede resumirse, en los siguientes puntos:

- El grupo no es una suma de miembros: es una estructura que emerge de la interacción de los individuos y que ella misma induce cambios en los individuos.
- La interacción psicosocial está en la base de la evolución de los grupos y de sus movimientos: entre los individuos que forman el grupo se producen múltiples fenómenos (atracción, tensión...). Las corrientes que se establecen entre los elementos del grupo y entre los elementos y el grupo, determinan un movimiento “una dinámica”, que proyecta al grupo hacia delante, como si poseyera la facultad de crear su propio movimiento.

Bany y Johnson expresan que la dinámica de grupo “trata de explicar los cambios internos que se producen como resultado de las fuerzas y condiciones que influyen en los grupos como un todo. También se interesa por investigar los procesos mediante los cuales la conducta individual se modifica en virtud de la experiencia del grupo y trata de poner en claro por qué ocurren ciertas cosas a los grupos, por qué se comportan como lo hacen y por qué los miembros del grupo reaccionan como reaccionan”.

Podemos decir que la dinámica de grupo se ocupa del estudio de la conducta de los grupos como un todo y de las variaciones de la conducta individual de sus miembros, de las reacciones entre los grupos, de formular leyes o principios y de derivar técnicas que aumenten la eficacia de los grupos.

Actualmente se puede afirmar que la dinámica de grupo es un campo de conocimiento dentro de la psicología social, que se ocupa del estudio de la conducta de los grupos como un todo, de sus interacciones, funcionamiento y de derivar un

conjunto de técnicas que aumente la operatividad de los mismos. Estas técnicas denominadas “dinámicas de grupo aplicadas”, “técnicas de grupo” o “dinámicas de trabajo grupal”, son procedimientos sistematizados de organización y desarrollo de la actividad grupal. Permiten la acción y desarrollo del grupo, siendo un objetivo determinado. Las mismas no deben considerarse como fines en sí mismos, sino como instrumentos para el logro de los objetivos grupales.

La elección de la técnica correcta, es función del conductor o coordinador del grupo, excepto cuando el grupo sea lo suficientemente maduro como para autogestionarse. Las variables a tener en cuenta en la selección de una técnica son:

- Objetivos del grupo: revisar el conjunto de técnicas disponibles para el logro de ese objetivo.
- Según la madurez y entrenamiento del grupo: las técnicas varían en su grado de complejidad y su naturaleza.
- Según el tamaño del grupo: el comportamiento del grupo depende en gran medida de su tamaño. En los grupos pequeños (hasta 15-20 personas) se da una mayor cohesión e interacción, existe seguridad y confianza. En los grandes, se dan las características opuestas, menor cohesión e interacción, mayor intimidación.
- Ambiente físico y recursos que se poseen: evaluar las condiciones reales en que se desarrolla el trabajo, necesidades de espacio, recursos físicos y humanos, tecnología, tiempos...
- Condiciones y características del medio externo: tener presente el contexto social, económico e institucional.
- Características de los miembros del grupo: pensar en sus edades, experiencias, expectativas, nivel de instrucción y prácticas anteriores. Es importante tener en cuenta que las técnicas de grupo en educación no son terapéuticas como efecto primario, por lo que no deben centrarse en dificultades de personalidad de algún miembro.
- Según la capacitación del coordinador: el uso de las técnicas de grupo requiere el estudio analítico de las mismas y el entrenamiento o experiencia en su aplicación. Mediante estas experiencias el conductor del grupo se sentirá cada vez mejor capacitado para afrontar las técnicas más complejas o novedosas.

Son muchos los factores positivos que promueven estas técnicas en su aplicación dentro del área educativa:

- Motivan la participación del alumno.
- Logran captar su atención.
- Permiten la expresión e intercambio de sentimientos, pensamientos y emociones.
- Ayudan a integrarse al grupo y romper barreras interpersonales.
- Permite a los alumnos aprender a través de la experiencia personal.
- Crean un ambiente agradable, divertido y motivador.
- Favorecen climas de aceptación y confianza.
- Promueven el trabajo en equipo y ayudan a entender la importancia de éste.
- Fomenta la aceptación de la crítica constructiva y el respeto de las opiniones de otros.

Son importantes porque permiten no sólo romper el hielo, sino que dependiendo el interés buscado se pueden clasificar para lograr el objetivo. Entre éstas se pueden mencionar: dinámicas de presentación, de conocimiento de sí mismo, de estudio y trabajo, de formación de grupos y de animación.

1.8. Perspectiva de género en los programas de educación para la salud. El constructo de género como determinante de salud. El derecho de las mujeres a decidir sobre su salud

A. Perspectiva de género en los programas de educación para la salud

Un objetivo común a todos los niveles del sistema de salud es, promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en salud.

Aplicar la perspectiva de género en los programas de salud es un reto, siendo necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarquen el concepto de salud integral, que considere la salud como un proceso en el que incluyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Hay que hablar de factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial y cómo interviene en la salud. Es necesario tener en cuenta cómo afectan estos factores de forma distinta a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, desigualdades e inequidad que repercute directamente en el proceso de salud.

Hoy en día aún hay estereotipos que colocan a las mujeres en posiciones de subordinación y desventaja, como en el mundo laboral o sometidas a las tareas de cuidado o en situaciones de dependencia, que suponen un riesgo para la salud. Incluso situaciones de alto riesgo para la vida como es el caso de la violencia de género.

La igualdad de género ha sido reconocida como un derecho humano desde que se crearon las Naciones Unidas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos económicos, sociales y Culturales de 1976, contienen declaraciones claras sobre el derecho de las mujeres a vivir libres de discriminación. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de 1979, obliga a los firmantes a tomar medidas para garantizar la igualdad de género tanto en el ámbito privado como en el público, y para eliminar los estereotipos tradicionales sobre la función de los sexos. Es útil notar que los gobiernos, en ocasión de la 4ª Conferencia de la ONU sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing en 1995, estipularon acciones específicas para lograr la igualdad y los estándares de empoderamiento establecidos por la CEDAW en la plataforma para la acción de Beijing.

B. El constructo de género como determinante de salud

El término género se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales (género masculino y femenino) y sexo. Se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

Al usar un enfoque de género en salud, hay que tener en cuenta:

- Las personas son siempre mujer u hombre y puede haber **diferencias por sexos** en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- Hay una construcción cultural y social distinta para cada sexo, construcción de género, y puede haber diferencias debidas a estas **construcciones de género** en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- En la sociedad existe jerarquía entre los sexos, siendo a veces infravalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres. Son **las relaciones de género**.
- Las posibles diferencias de salud, tanto debida al sexo como motivada por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables. Pueden ser **desigualdades o inequidades** de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Es necesario tomar medidas positivas en la línea de salud de las mujeres, mientras existan necesidades propias de las mujeres distintas a la de los hombres como: atención al parto, accesibilidad al aborto voluntario, métodos anticonceptivos, salud reproductiva, climaterio, atención a los malos tratos de la pareja, entre otros.

Las mujeres tienen necesidad de atención específica para **promover su salud, autonomía y capacidad de elección**.

La situación social de mujeres y hombres es diferente y discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad. El fin es alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos. Hay que observar y describir la realidad, identificando las diferencias por sexos, identificando las desigualdades de género, es decir, aquellas diferencias que son innecesarias, injustas, evitables y debidas a condiciones sociales de género.

Se trata de identificar las desigualdades en el estado de salud e identificar los sesgos de género en la atención diferente y errónea a cada sexo, con igual sintomatología y diagnóstico y que resulta discriminatoria para un sexo respecto al otro y que generalmente perjudica a las mujeres. Todo ello influenciado por los estereotipos sociales de género.

El estereotipo social que desvaloriza a las mujeres y lo que ellas hacen, así como su presencia y función en la vida pública y laboral, genera “desigualdades de contratación, desiguales oportunidades de entrenamiento y formación, menor salario

a igual trabajo, desigualdad de acceso a los recursos productivos, segregación y concentración de las mujeres en sectores y ocupaciones tradicionalmente femeninos, diferentes condiciones de trabajo físicas y mentales, desigual participación en las decisiones, menor control y desigual promoción.

Los riesgos físicos de salud en el lugar de trabajo, son distintos para mujeres y hombres. Los accidentes y víctimas mortales son más frecuentes en ellos, porque los tipos de trabajo y el entorno son peligrosos. Los hombres se exponen más que las mujeres a ruidos, vibraciones, temperaturas extremas y levantamiento de pesos pesados. El riesgo para la salud de las mujeres en el trabajo, proceden más de altas demandas y poco control, con movimientos repetitivos y posturas forzadas y con intensa exposición para el público. Para ellas son más frecuentes, el cansancio, el estrés y problemas músculo-esqueléticos.

Hay que aplicar las líneas de desigualdades en salud proponiendo medidas políticas, sociales y sanitarias para visibilizar y reducir las desigualdades e inequidades de género.

La salud-enfermedad es un proceso en el que influye la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida; se incorpora al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales en general y entre ellos **los determinantes psicosociales de género**. Estos son los modelos y roles sociales de género construidos por cada sociedad (lo social) y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y masculinidad (lo psíquico).

Los criterios para aplicar el enfoque de género a programas de salud:

Tabla 1.12. Los criterios para aplicar el enfoque de género a programas de salud

Caracterización del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción por sexos - Identificar diferencias por sexos - Identificar morbilidad diferencial por sexos - Identificar necesidades específicas de mujeres y hombres - Identificar desigualdades de género en el estado de salud - Identificar variabilidad en la atención por el sexo de pacientes y sanitarios/as - Identificar sesgos, desigualdades e inequidades en la atención
Análisis de factores determinantes de género	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores determinantes psicosociales de género - Analizar la relación de los estereotipos y determinantes psicosociales de género - Analizar la correlación entre los factores determinantes de género y su distribución por edad, clase social, etnia...
Elección o prioridad del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Relevancia para las mujeres y hombres - Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género - Vulnerabilidad a los determinantes de género
Definir objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir necesidades específicas de hombres y mujeres - Reducir discriminación, desigualdades e inequidades - Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género - Potenciar cambios favorables de la estructura social de género - Potenciar la participación de la población
Métodos de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilizar a las mujeres como sujetos en el problema - Proporcionar recursos para la equidad - Incluir la vivencia subjetiva y el contexto socio-cultural - Incluir objetivos y métodos para modificar los determinantes de género - Incluir estrategias para activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento) - Potenciar efectos de cambio social de género favorables - Programar la participación de usuarios/as
Análisis previo de impacto de género	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la correlación de desigualdades e inequidades - Potenciar efectos sobre la estructura y modelos sociales de género - Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, situación laboral, etnia, cultura, situación de discapacidad y orientación sexual

Los procesos psicosociales de género determinantes de salud, están influyendo en la forma de enfermar de hombres y mujeres y en la forma de ser atendidos en los servicios sanitarios.

- Fundamentando estereotipos sociales sobre la forma de funcionar de hombres y mujeres. Ejemplo: el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles afectivamente y probablemente no están realmente enfermas. Este estereotipo social hace que en los servicios sanitarios haya una tendencia a dar menos importancia a los síntomas de las mujeres, produciéndose sesgos en el esfuerzo diagnóstico.
- Generando actitudes y vivencias individuales que aumentan la vulnerabilidad. Ejemplo: responder al ideal de feminidad en un cuerpo delgado (modelo contemporáneo de género), aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes a trastornos de alimentación.

Identificar los factores psicosociales de género, ya sea debido a los roles de género o a las identidades masculina y femenina, permite programar objetivos y métodos para cambiar esos condicionantes, influyendo así en los determinantes de género para la salud.

- En el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), hay un mayor tiempo de llegada de las mujeres al hospital. Las mujeres están influenciadas por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina (factor social de género), por lo que puede no interpretar sus propios síntomas como cardíacos; interviene un factor psicosocial (por el rol tradicional de género), “las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de su familia y en último lugar de la suya y aún con los síntomas presentes, deciden acudir después al hospital.
- Para disminuir la letalidad en las mujeres, habría que intervenir para cambiar el estereotipo social de género sobre el IAM que lo interpreta como enfermedad sólo masculina y habría que modificar las actitudes de las mujeres sujetas al rol tradicional de género. Serían intervenciones socio-sanitarias sobre determinantes de género.
- El cáncer de mama es una enfermedad casi exclusiva de las mujeres. Es una diferencia debida a la biología y no es una diferencia injusta y evitable. Visibilizar esta diferencia de morbilidad diferencial femenina, permite identificar necesidades específicas de las mujeres.
- El cáncer de próstata afecta a los hombres. Es otra diferencia por sexos para valorar necesidades.

- Las mujeres son más vulnerables a los factores químicos ambientales, por diferencias biológicas de absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en las grasas. Esto produce una morbilidad diferencial por sexos.
- El embarazo, parto y puerperio. Son procesos del ciclo vital de las mujeres que puede ser fuente de malestar y enfermedad o pueden ser vivencias ricas para el crecimiento personal. La atención socio-sanitaria debe contemplar estas necesidades para que el resultado sea saludable y aumente la calidad de vida de las mujeres e hijos/as. El proceso de paternidad también requiere atenciones específicas y distintas a las de las mujeres. Son diferentes necesidades ligadas inicialmente al sexo y no al género.
- Tener dos o más hijos pequeños, es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, sin embargo, no es un factor de riesgo para los hombres. Esto es debido a la diferencia en las cargas y el significado de la maternidad y paternidad. Debido al mantenimiento del modelo tradicional, se descarga sobre las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado y responsabilidad del resultado de la crianza de hijos e hijas. Conlleva sobre esfuerzo físico y emocional, como la amenaza de culpabilidad si a los niños o niñas les pasa algo o su educación no resulta bien.
- El matrimonio es un factor de riesgo de salud para las mujeres y es un factor protector para los hombres. Es debido a las funciones y roles de género tradicionales y de transición, que determinan que los hombres reciben en el matrimonio apoyo logístico y afectivo, reconocimiento social, potencia sus posibilidades de trabajar y proyectarse socialmente. Para las mujeres es una fuente de sobrecarga y un obstáculo para trabajar y para su proyección social.
- Los trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y somatizaciones), son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres. No parece debido a factores biológicos ligados al sexo, influyen factores psicosociales relacionados en parte con el papel de género tradicional que expone a las mujeres a mayores tensiones (el cuidado, aislamiento, dependencia...) al tiempo que les resta capacidad de acción y autonomía para modificar su entorno estresante, además de la exposición a violencia de género...
- La salud percibida es siempre peor para las mujeres a todas las edades y en todos los estratos sociales. Se debe a las condiciones sociales de género en que viven las mujeres y a la percepción y manifestación de sus padecimientos. Es innecesario, injusto y evitable y desaparecería si se cambiaran esas sujeciones de género. Es una desigualdad de género en el estado de salud.

- Las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria y los hombres más a los servicios hospitalarios. Es debido en parte a actitudes y valoración de las quejas, síntomas y gravedad. Se debe a la socialización de la tendencia a quejarse de las mujeres y, sin embargo, no es propio de los hombres la aparente debilidad hasta que no hay enfermedad grave evidente.
- En las enfermedades cardiovasculares, se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres. Son sesgos diagnósticos y terapéuticos de género.
- Las mujeres se quejan más de fatiga que los hombres y tienen muchas más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que ellos que son más frecuentemente diagnosticados de síndrome de fatiga crónica o no diagnosticados de patología. Ante igualdad de síntomas anímicos, se tiende a prescribir psicofármacos con más frecuencia a las mujeres. Se interpreta este sesgo de género en el diagnóstico como una manifestación de estereotipos de género.
- El cáncer de pulmón presenta diferencia de incidencia por sexos, es mayor en hombres. Se sabe que la mayor prevalencia de consumo de tabaco en hombres es el factor biológico de riesgo principal, que explica la diferencia por sexos.
 - Actualmente la disminución de fumadores coincide con la transición a modelos de masculinidad que no valorizan este hábito, sino que empiezan a incorporar el cuidado al cuerpo. Las mujeres empiezan a fumar más sobretodo a mayor edad y clase social privilegiada, por la incorporación al ámbito público y por signos de independencia y poder que eran privativos de los hombres. Este análisis de determinantes de género, permite identificar los modelos que potencian las actitudes y conductas de las personas, para diseñar medidas preventivas.
- Proceso de salud como el síndrome funcional fibromialgia. Relevancia muy diferente para ambos sexos, hasta el 84 % de los casos son mujeres. Importancia de la morbilidad diferencial. Merma mucho la calidad de la vida de las mujeres que la padecen para las que llega a ser incapacitante y no se conocen terapias curativas.
- Hay evidencia de que las formas de vida de las mujeres contemporáneas están influyendo en la forma de enfermar. La transición en los roles de género, con la acumulación de cargas físicas y afectivas y los ideales e

feminidad focalizados en el modelo ideal contemporáneo sobre el cuerpo, son factores psicosociales de género que intervienen en la producción y mantenimiento de la fibromialgia.

- Si se proporcionan recursos destinados específicamente a las mujeres para que continúen siendo cuidadoras de hijos/as y personas dependientes, se tiende a dejarlas fijadas y perpetuarlas en esas funciones asignadas por el rol de género, que es un factor psicosocial de alto riesgo de salud. Se está perpetuando la estructura social de género. El balance de género será positivo, si las acciones y mensajes tienden a facilitar y validar cambios que aumenten su autonomía.

En la sociedad occidental contemporánea, se distinguen al menos 4 modelos de género.

a. Modelo de género tradicional

Vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones más mayores.

Organización social que precisa división sexual del trabajo y se apoya en el sistema de relaciones de género patriarcal, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer.

Motivo de unión hombre-mujer: constituir el núcleo social básico, la familia.

Estructura del núcleo familiar: hombre, mujer e hijos/as. Basada en relaciones de parentesco jerarquizadas, división sexual del trabajo. Relación de poder/subordinación entre hombre/mujer. Contrato matrimonial de pertenencia y exclusividad.

Ideal resultante de feminidad y masculinidad: Relación de sujeto (hombre) y objeto (mujer).

Masculinidad: poder, propiedad, potencia. Realización personal, ser cabeza de familia.

Feminidad: subordinación, entrega, pasividad. Realización personal, la maternidad.

Estar y sentirse obligadas a cuidar es un imperativo del rol de género tradicional, incorporado como ideal de feminidad “mujer buena”. Soportar la sobrecarga física y afectiva del cuidado, es un factor determinante de género de primer orden para las alteraciones mentales comunes (dolor y somatizaciones de prevalencia creciente entre las mujeres). Los factores psicosociales de género asociados en los hombres son los conflictos de pareja (pérdida del rol dominante, abandono de la mujer...), los duelos y conflictos en el trabajo.

b. Modelo de género de transición

Desde principios del siglo XX, se produce por la salida de las mujeres del lugar de subordinación y su acceso a la educación, al trabajo y al ámbito público.

El núcleo social mínimo: es la pareja. Motivo de unión entre dos personas: amor y crear una familia no jerarquizada.

Estructura del núcleo familiar: dos personas de cualquier sexo, hijos/as con proyecto común. Trabajo remunerado de ambos, trabajo doméstico desigualmente repartido. Hombre/mujer sin relación de poder/subordinación pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo.

Ideal resultante de feminidad y masculinidad: igualitario en derechos y poder. Dicotómico en la esfera de la intimidad. Lo femenino (sea de un hombre o una mujer en parejas homo) mantiene valores íntimos tradicionales de entrega, sostén de la vida cotidiana, afectiva y el cuidado. Realización: proyecto público y de trabajo propio, mantener pareja satisfactoria, maternidad cuidadora.

Masculinidad en transición conservando valores tradicionales: actividad, capacidad, superioridad relativa sobre la mujer. Realización personal mediante proyecto público y de trabajo propio, mantener pareja satisfactoria, paternidad nominal y de responsabilidad social.

c. Modelo de género contemporáneo

El núcleo social mínimo es el individuo. Motivo de la unión: el amor en pareja, compartir proyectos de vida. Sexualidad fácilmente asegurada.

Estructura de la pareja: compuesta por dos personas de cualquier sexo y en diversas modalidades de convivencia. Basada en relaciones no jerarquizadas, poder atomizado. Relaciones igualitarias. Prescripciones morales de libertad individual.

Ideal de masculinidad y feminidad: no dicotómico. Relación de sujeto a sujeto.

Masculinidad y feminidad con los mismos atributos: actividad, seguridad, brillantez intelectual, comprensión, receptividad- actividad sexual, capacidad maternal/paternal.

d. Modelo de género igualitario

Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos, de igualdad social e íntima.

Posiblemente la pareja igualitaria, que puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual, sea el modelo protector de género.

Las personas que viven o podrían vivir este modelo podrán seguir estando expuestas a otros factores psicosociales de riesgo para la salud como: la soledad, exclusión social, factores socioeconómicos, nivel de estudios, situación laboral, etnia, cultura de origen...

Es el modelo horizonte tanto en las generaciones adultas como en las más jóvenes, aunque son estas las que van acercándose más, en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional.

Este modelo contiene los factores protectores:

- Para las mujeres
 - Alcanzar posiciones subjetivas activas.
 - Autonomía e independencia.
 - Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual).
 - Sociabilizarse, creando red de encuentro y apoyo social (empoderamiento comunitario).
 - No ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales.
 - Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
 - Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando.
- Para los hombres
 - No ser víctimas de las circunstancias y de los modelos sociales.
 - Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
 - Abandonar posiciones subjetivas de prioridad sobre la mujer.
 - Abandonar posiciones demostrativas de fortaleza.
 - Acceder a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario).
 - Compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén de la vida.

C. El derecho de las mujeres a decidir sobre su salud

Promover y proteger el derecho de la mujer a tener control y a decidir con libertad y responsabilidad sobre cuestiones relacionadas con su sexualidad, entre ellas la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación, ni violencia.

Es necesario reforzar la lucha y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer:

- Los derechos sexuales y reproductivos, son un derecho fundamental, que no debe limitarse por motivos religiosos y que cualquier ataque a estos derechos, tiene un impacto directo en las vidas de las mujeres y niñas.
- Planificación familiar voluntaria.
- Importancia de la educación y servicios de educación y derechos sexuales reproductivos integrales y universales, especialmente sobre la juventud.
- Todas las formas de violencia y control sexual sobre las mujeres (violación, mutilación genital, explotación y acoso sexual) han de ser combatidos con dureza para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas tanto en la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), son: Derechos de las mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las mujeres e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

El derecho de la mujer a controlar su cuerpo, regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad.

En 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), organización voluntaria que trabaja por la planificación familiar, aprobó una Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, formulados a partir de doce derechos reconocidos en los instrumentos legales internacionales sobre derechos humanos y que constituye una herramienta para el análisis y vigilancia de las violaciones a tales derechos.

Tabla 1.13. Carta de derechos Sexuales y reproductivos IPPF (1995)

Derechos humanos	Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva
Derecho a la vida	Protección de las mujeres cuyas vidas están en peligro debido al embarazo
Derecho a la libertad	Protección a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital, acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o aborto impuesto
Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación	Acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión o cualquier otro estatus
Derecho a la privacidad	Protección al carácter privado y confidencial de los servicios de información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción. Respeto a la elección autónoma de las mujeres con respecto a la procreación
Derecho a la libertad de pensamiento	Respeto a la libertad de pensamiento de las personas en lo tocante a su vida sexual y reproductiva. Derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para limitar la libertad de pensamiento en materia de salud sexual y reproductiva
Derecho a la información y a la educación	Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad
Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar y planificar una familia	Protección contra los matrimonios sin consentimiento pleno, libre e informado. Derecho a la atención de la salud reproductiva de las personas infértiles o cuya fertilidad está amenazada por enfermedades de transmisión sexual
Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, y cuándo tenerlos	Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, a la maternidad y el aborto seguros. Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad
Derecho a la atención y a la protección de la salud	Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud

Tabla 1.13. Carta de derechos Sexuales y reproductivos IPPF (1995)

Derechos humanos	Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva
Derecho a los beneficios del progreso científico	Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto
Derecho a la libertad de reunión y a la participación política	Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción
Derecho a no ser sometido/a a torturas y maltrato	Protección a la personas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con su sexualidad y reproducción, especialmente en tiempos de conflicto armado

1.9. Elaboración de un programa de educación sanitaria para la mujer. Objetivos: elaboración y características. Guía didáctica de actividades educativas. Evaluación: tipos de evaluación

A. Elaboración de un programa de educación sanitaria para la mujer

La salud se puede aprender. La mayoría de las enfermedades están relacionadas con nuestros estilos de vida, es decir, con nuestra manera de comer, el ejercicio que realizamos, nuestro trabajo, los hábitos perjudiciales que tenemos (fumar, beber alcohol, conducir con riesgos...).

Es también importante para nuestra salud la manera de relacionarnos con los demás, la ocupación de nuestro tiempo libre o cómo resolvemos los problemas de cada día.

Aunque la salud también depende de nuestros genes y de los sucesos que nos han pasado en la vida, siempre tenemos la posibilidad de cambiar, de mejorar, de evitar muchas enfermedades.

Las mujeres enferman de forma diferente a los hombres. En la elaboración de un programa de educación sanitaria para la mujer, se debe contribuir a eliminar esta desigualdad.

Al igual que cualquier otra actividad, la educación para la salud debe estar planificada y organizada sistemáticamente. Planificar un programa es estructurar el proceso de enseñanza-aprendizaje de manera que resulte lo más efectivo posible para alcanzar el fin buscado. Los métodos utilizados deben ser evaluados para poder garantizar la eficacia de las actividades.

Se ocupará tanto de los comportamientos de las personas relacionadas con el problema como con el entorno donde se desarrollan.

La eficacia de un programa educativo en ciencias de la salud dependerá de su adecuación a las necesidades de la población a la que va dirigida la enseñanza.

Cualquier programa en educación para la salud debe implicar necesariamente al usuario, permitiendo su participación activa en todo el proceso de planificación y evaluación. Es una negociación entre los profesionales y los usuarios.

En la programación de la formación en promoción y educación en salud, como en cualquier actividad formativa, es necesario afrontar las siguientes etapas:

- Análisis de la situación y necesidades formativas.
- Definición del problema.
- Dimensión educativa del problema.
- Definición de los contenidos y objetivos para afrontar las necesidades formativas detectadas.
- Actividades del programa: identificación de las metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje más útiles para lograr los objetivos definidos.
- Recursos humanos y materiales. Responsables.
- Temporalización.
- Evaluación de las actividades: elección de los instrumentos de evaluación más adecuados.

El primer paso de cualquier programación, debe ser identificar las necesidades para adecuar a éstas los contenidos y el desarrollo del programa. Las necesidades cambian a lo largo del tiempo, son dinámicas y por tanto la programación ha de ser también dinámica.

Los objetivos del programa deben estar relacionados con las necesidades detectadas. Es necesaria la participación de los usuarios, una negociación que garantice la participación de todos los implicados. Para formular los objetivos, es necesario conocer al individuo, grupo o comunidad con los que se va a trabajar, para tener en cuenta las capacidades de los participantes.

Para establecer los contenidos y estrategias educativas es fundamental tener presentes los conocimientos previos de las personas con las que se va a trabajar, para adecuarlos al nivel de comprensión y a la capacidad de cada participante. Hay que plantearse:

- ¿Qué se quiere hacer?- Naturaleza del proyecto.
- ¿Por qué se quiere hacer?- Justificación.
- ¿Para qué se quiere hacer?- Finalidad y objetivos.
- ¿Dónde se inscribe?- Marco de referencia.

- ¿Cuánto se desea conseguir?- Metas.
- ¿Dónde se va a hacer?- Ubicación espacial.
- ¿Cuándo se va a hacer?- Temporalización.
- ¿Cuáles son los contenidos?- Actividades del proyecto.
- ¿Cómo se quiere hacer?- Metodología.
- ¿Quiénes lo van a hacer?- Recursos humanos.
- ¿A quienes va dirigido?- Destinatarios.
- ¿Con qué se va a hacer?- Recursos materiales y económicos.
- ¿Cómo, qué, con qué, cuándo y quién lo evaluará?- Evaluación.

Análisis de la situación

<i>Tabla 1.14. Clasificación sobre el análisis de la situación</i>	
Problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción demográfica y social de la zona y los recursos existentes - Elementos culturales y folclóricos peculiares que determinan la realidad - Datos objetivos y subjetivos del estado de salud de la población
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos materiales - Recursos humanos - Recursos financieros - Recursos organizativo
Elementos favorecedores	<ul style="list-style-type: none"> - Factores culturales - Factores folclóricos - Factores religiosos - Personas, asociaciones, líderes - Estructura geográfica
Obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> - Debemos incluir la identificación y el análisis de los posibles obstáculos para la intervención y destacar el nivel preventivo (primario-secundario-terciario)
Priorización de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Gravedad - Extensión - Evolución temporal - Repercusión en la población. Necesidad sentida - Vulnerabilidad del problema

En atención primaria de salud, el análisis de la situación se conoce como “diagnóstico de salud de la comunidad” y es la primera fase del proceso de planificación. Es el proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información, permitiendo conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que los determinan.

En el año 1957, la Organización Mundial de la Salud (OMS) daba a conocer un informe de un grupo de estudio sobre la medición del nivel de salud recomendando el uso de “indicadores sanitarios”. Los indicadores sanitarios serían útiles para evaluar el nivel de salud de una colectividad, para orientar la acción sanitaria y facilitar la comparación de los datos obtenidos en distintos países.

El diagnóstico de salud es un instrumento indispensable para la planificación y la programación en materia de salud.

Ningún problema de salud tiene una causa única. Los factores determinantes de salud se clasifican en factores ligados a la biología humana y factores relacionados con el entorno, estilos de vida y sistema de asistencia sanitaria (Modelo Lalonde).

Los indicadores constituyen el instrumento de mayor uso en el diagnóstico de la situación en cualquier sistema de salud moderno, no siendo sólo útiles en el proceso de planificación, sino también para la realización de análisis epidemiológicos y para la investigación. Pueden ser clasificados de distintas maneras, la clasificación más frecuente es:

- Según el aspecto de la salud que pretendan medir.
 - Indicadores positivos: miden la salud en sentido positivo (capacidad funcional, calidad de vida, grado de bienestar...).
 - Indicadores negativos: miden la ausencia total o parcial de salud (mortalidad y morbilidad...).
 - Indicadores indirectos: miden los factores determinantes de la salud (factores ambientales, socioeconómicos...).
- Según el papel que el factor juega en la relación hombre-medio:
 - Indicadores de exposición: miden los factores de riesgo a los que está sometida la población (riesgos laborales, contaminación ambiental...).
 - Indicadores de protección: factores utilizados por la comunidad para fomentar y proteger su salud (recursos sanitarios...).
 - Indicadores de resultados: miden el producto final de la relación entre los factores de exposición y los de protección (bienestar, morbilidad...).

- En relación con el aspecto del sistema que se pretende estudiar.
 - Indicadores demográficos: estructura y dinámica de la población.
 - Indicadores del medio físico: tratan de valorar los aspectos medioambientales como el agua, ruido, aire, residuos...
 - Indicadores sociales: medición de los aspectos culturales de la población, de los problemas sociales presentes en la comunidad y los recursos de apoyo social (centros culturales, actividades de ocio...).
 - Indicadores económicos: factores económicos que pueden tener relación directa con la salud y calidad de vida (población activa, desempleo...).
 - Indicadores de atención a la salud: recursos materiales y humanos, prestación real de servicios y la utilización que hace de los mismos la población.
 - Indicadores del estado de salud: medir el nivel de salud de la población, tanto en su vertiente positiva (bienestar, calidad de vida...) como en su dimensión negativa de pérdida parcial (morbilidad) o de pérdida total (mortalidad).
- En relación al análisis de la situación en centros asistenciales.
 - Indicadores de la estructura: recursos humanos, materiales y financieros.
 - Indicadores del proceso: dinámica interna de la organización, el uso de los recursos, nivel de satisfacción, fallecimientos...

a. Identificación del problema

Surge del análisis de las necesidades de la población y su objetivo es conocer “dónde”, “cómo”, “por qué”, se generan los problemas de salud.

A la hora de seleccionar un problema sobre el que vamos a actuar, nos interesa conocer cuáles son los comportamientos de los individuos, grupos o comunidades que están implicados en los problemas, de modo que a través de una acción educativa puedan modificarse, produciendo una mejora del problema.

b. Identificación de los factores de riesgo

Se pueden clasificar según el modelo PRECEDE en:

- Factores de riesgo relacionados con los comportamientos de las personas predisponentes.
- Factores de riesgo relacionados con el entorno, fuera del control de las personas (económicos, accesibilidad a los servicios, medios de comunicación...). Facilitadores y reforzantes.

c. Identificación del grupo diana

Cuanto mejor definamos éste, mejor va a poder diseñarse una intervención educativa apropiada a sus características.

d. Identificación de los determinantes cognitivos

Actitudes (opiniones), influencias sociales tal y como las percibe el individuo y sus expectativas de autoeficacia (capacidades personales).

- Definición del problema

Intentará abarcar todos los aspectos del problema que se trate.

- Dimensión educativa del problema

Al realizar el análisis de los problemas, habremos valorado la importancia que tienen como determinantes de ese problema de salud, las conductas o comportamientos erróneos.

Los cambios comenzarán por aportar una buena información, veraz, real y objetiva, pasará por un cambio de actitudes que más adelante permita una modificación de los hábitos.

“Información-interiorización-hábito”.

B. Objetivos: elaboración y características

Son las líneas maestras del proyecto, lo que nos proponemos.

a. Objetivos generales

Deben guardar una estrecha relación con las necesidades identificadas, cuanto mayor sea la concordancia, se conseguirá mayor efectividad en la aplicación del programa y una mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Los objetivos generales describen lo que se pretende lograr, y deben desglosarse en otros más concretos y específicos que ayuden a alcanzar los generales.

b. Objetivos específicos

Deben ser:

- Pertinentes: deben correlacionarse con los fines.
- Precisos: deben indicar exactamente y en términos concretos la acción a realizar.
- Comprensibles: deben ser fácilmente entendibles.
- Realizables: que puedan llevarse a cabo con los medios con los que se dispone y en las situaciones que se encuentren.
- Valorables: deben ser mensurables.

Los objetivos deben formularse conteniendo los siguientes elementos:

- Acción: la acción a realizar definida por un verbo operativo.
- Objeto o contenido: el tema o habilidad que debe desarrollarse.
- Situación o condiciones: la situación en la que el usuario debe ser capaz de realizar la acción.
- Criterio: el nivel mínimo que se requiere en la realización de la tarea, que va a permitir valorar si el aprendizaje ha sido satisfactorio.

Se pueden clasificar en:

- Objetivos de conocimiento (información).
- Objetivos de actitudes (intereses).
- Objetivos de habilidades y desarrollo personal.

c. Contenidos

Conceptos, actitudes y hábitos que queremos que la población diana adquiera. Deben ser claros y explícitos.

C. Guía didáctica de actividades educativas

Son las cosas que hacemos con la población a la que nos dirigimos a fin de cumplir los objetivos específicos elegidos.

Se debe escribir meticulosamente la actividad a realizar de forma que se pudiera llevar a cabo por persona ajena al proyecto. Deben ser claras y explícitas.

No es recomendable incluir más de 2 o 3 contenidos en cada actividad.

La selección de la metodología dependerá en gran medida de los objetivos establecidos, de las características de la población diana, de los recursos humanos y materiales disponibles.

Es fundamental seleccionar estrategias adecuadas a la edad y a las capacidades de los individuos.

En general son más útiles los métodos participativos (implicación afectiva) y los audiovisuales (refuerzan el impacto de los contenidos).

Los métodos y medios educativos han sido desarrollados en el tema 6 (estrategias didácticas).

Objetivos	Técnicas
Organización de experiencias personales: expresar conceptos, opiniones, vivencias...	Técnicas de investigación de aula: rejillas, tormentas de ideas, cuestionarios, foto-palabra, diálogos simultáneos...
Reorganizar informaciones: transmitir informaciones, conceptos, esquemas interpretativos...	Técnicas expositivas: lección, ponencia, conferencia, lección participada, panel de expertos, lectura con discusión
Analizar y reflexionar sobre factores, situaciones y problemas	Técnicas de análisis: análisis de textos o publicidad, análisis de problemas, casos, discusiones, ejercicios...
Desarrollo o entrenamiento de habilidades: personales, sociales, psicomotoras	Técnicas de desarrollo de habilidades: role-playing, demostraciones con entrenamiento...
Otros objetivos del proceso enseñanza-aprendizaje	Otras técnicas del aula y fuera del aula: ejercicios, juegos, simulaciones...

a. Recursos humanos y materiales a emplear. Responsables

- Se indica la persona o personas que han de realizar cada actividad.
- Quién se responsabiliza de llevarla a cabo.
- Metodología empleada y medios.
- ¿Cómo se anunciaría la actividad?
 - Recursos humanos

Son los profesionales que deben participar en el desarrollo de la programación. Se debe especificar:

- Las funciones y responsabilidades de cada uno de los participantes.
- El perfil profesional del personal necesario, sus funciones, tareas y el número de personas que se prevé que harán falta.
- Datos personales de los docentes en el caso de que se conozcan.
- Recursos materiales

Se refiere a todo el material que se necesitará, especificando:

- Recursos fungibles: que se agotan con el uso (papel, sobres, pinturas...)
- Recursos inventariables: pueden ser utilizados en múltiples ocasiones y quedar en la institución (muebles, ordenadores...)
- Recursos espaciales e infraestructura: comprende espacios, locales, instalaciones...
- Recursos económicos

Engloba los costes del proyecto y forma de financiación. Debe realizarse un desglose exhaustivo de los costes de cada uno de los apartados del programa, incluyendo gastos de personal, material e infraestructura, si es el caso.

b. Temporalización

Hace referencia a la secuencia de etapas del proyecto y el orden en que deben sucederse. Son las fechas de realización de la actividad y duración de la misma.

Conviene que se fije el número de actividades para un plazo de tiempo.

Para facilitar la temporalización se usan diversas técnicas gráficas que delimitan y representan la temporalidad de las actividades. Dicha temporalización debe ser realista, estableciendo un inicio y un final para las actividades incluidas

en la programación. Si hay actividades que se realizarán en un largo período de tiempo y en momentos diferentes, tiene que especificarse claramente para que todos los participantes puedan disponer de dicha información.

Algunas de las técnicas de representación gráfica más utilizadas son: el cronograma de avance o técnica de Gantt, el algoritmo decisional, el diagrama de Ishikawa, el cronograma, los flujogramas, la técnica de Pert...

D. Evaluación: tipos de evaluación

Puede concebirse como un modelo para el estudio de la efectividad de una acción dirigida y planificada, que pretende lograr unos objetivos bien definidos. Evaluar es emitir un juicio basado en criterios y normas, sobre una actividad o un resultado.

Hay que ver la evaluación como una poderosa herramienta de análisis y mejora de todo el proceso y no con connotaciones negativas de “control” o “examen”.

Hay que fijar “criterios” e “indicadores de evaluación”.

A través de la evaluación se identifican los problemas derivados de la propia programación y se proporcionan las líneas necesarias de actuación para modificarlos, por lo que tiene repercusiones en el ámbito social.

Para evaluar las intervenciones de promoción de salud producto de la intervención formativa, podemos tener en cuenta los siguientes principios, elaborado por el grupo de trabajo sobre evaluación de la OMS.

<i>Tabla 1.16. Principios propuestos por la OMS para evaluar las intervenciones de promoción de la salud</i>	
Capacitación	Capacitar a individuos y comunidades para que asuman un mayor control sobre los factores medioambientales, socioeconómicos y personales que afectan a su salud
Participación	Implicar a las personas participantes en todas las etapas, en la planificación, en su desarrollo y en su evaluación
Carácter holístico	Fomentar la salud física, mental, social y espiritual
Carácter intersectorial	Implicar la colaboración de las instituciones en los sectores relevantes
Equidad	Guiadas por la preocupación, por la justicia social y por la equidad

Tabla 1.16. Principios propuestos por la OMS para evaluar las intervenciones de promoción de la salud

Viabilidad	Producir cambios que los individuos y las comunidades puedan mantener una vez que la financiación inicial haya terminado
Multiplicidad de estrategias	Utilizar una variedad de estrategias y métodos combinados, que incluyan: el desarrollo de políticas, el cambio organizativo, el desarrollo comunitario, la legislación, la educación y la comunicación

a. Tipos de evaluación

Existen dos tendencias en el campo de la evaluación de programas:

- Modelo lineal o estático de evaluación de programas: sigue un esquema rígido donde el primer paso es la identificación de un problema o necesidad social sobre el que se va a actuar. A partir de aquí se formulan los objetivos, se diseña el programa de intervención, se ejecuta el programa y finalmente se realiza la evaluación. La pregunta básica a la que se trata de dar respuesta a través de la evaluación es si el programa está alcanzando los objetivos que se plantearon. Se trata de una valoración finalista, que atañe únicamente a los resultados finales, perdiéndose gran cantidad de información intermedia.

Tabla 1.17. Clasificación de la evaluación tradicional

Evaluación tradicional
Identificación del problema
Formular objetivos
Determinar las actividades
Previsión de recursos
Ejecución
Evaluación

- Actualmente el modelo de evaluación intenta ser más dinámico y no lineal, iniciando la evaluación en el mismo momento en que se planifica la intervención. El proceso de evaluación se produce de una forma continuada, lo que implica que tiene influencia en cada paso del proceso de la programación. Responde a un esquema participativo en el que se actúa tanto en la planificación como en la intervención.

<i>Tabla 1.18. Evaluación actual</i>	
Evaluación	Planificación
Evaluación	Identificación de necesidades
Evaluación	Programación
Evaluación	Ejecución

- Objetivos de evaluación
 - Comparar objetivos con resultados
 - Modificar y mejorar el proyecto
 - Mejorar actividades
 - Adecuar las actividades a las necesidades reales de la población
- Fases de la evaluación
 - Fase de Planificación
 - Evaluación del diseño y de la planificación de una intervención
 - Fase de evaluación de la ejecución
 - Evaluación
 - Elaboración de un informe

En la evaluación de necesidades o de diagnóstico de la situación inicial, se establece una comparación del modelo utilizado en la recogida con la finalidad del proyecto, la realidad analizada y los resultados logrados.

La evaluación de necesidades, suele hacerse a través de tres fuentes de información: estadísticas, datos secundarios (censo, datos de organismos oficiales...) y encuestas sociológicas de detección de necesidades. Dependiendo del tipo de intervención, pueden estar dirigidas al público en general, a la población objeto de la intervención o a ambas.

Según Fernando Ballesteros, en la fase previa de evaluación es necesario realizar las siguientes preguntas: ¿quién solicita la evaluación?, ¿para qué la solicita?, ¿qué se pretende evaluar?, ¿qué obstáculos pueden producirse durante la evaluación?, ¿es posible llevar a cabo la evaluación?

- Evaluación del diseño y de la planificación de una intervención

Debe ser realizada por aquellas personas implicadas en la planificación del proyecto. El evaluador analiza todas las alternativas posibles para garantizar la calidad de las decisiones adoptadas.

Se debe hacer un estudio bibliográfico sobre el contexto teórico en el que se desarrolla la intervención o búsqueda de programas anteriores que den respuestas los mismos o similares objetivos.

La evaluación de la estrategia se centra en la organización de las actuaciones que han de realizarse para alcanzar los objetivos. La evaluación de la estructura se lleva a cabo por las distintas tareas de cada grupo de actividad.

Las preguntas que deben responderse son: ¿está bien definido el programa?, ¿están bien definidos los objetivos?, ¿existen indicadores que posibiliten medir la consecución de objetivos?...
- Evaluación de la ejecución

La evaluación del proceso sería cómo se desarrolla el proyecto. Permite modificar aquellos aspectos del programa que no están siendo desarrollados adecuadamente para lograr los objetivos definidos.

Las preguntas que pueden plantearse son: ¿qué grado de participación tienen los sujetos implicados?, ¿Cómo se organizará la recogida de información?, ¿quién recogerá la información?...
- Evaluación de resultados

Es una síntesis de las anteriores para establecer una valoración más amplia. Analiza el trabajo realizado.

Desde un punto de vista sociopolítico, es la fase que más interesa. Según los resultados obtenidos, los organismos apoyarán o no la continuidad del proyecto.

La evaluación de los efectos del proyecto significa la comprobación del logro de los objetivos. Aparece reflejado en un informe final.

Hay tres conceptos claves en esta fase:

 - Evaluación de la efectividad: se refiere a los resultados obtenidos mediante la ejecución del programa y el grado en que éstos difieren de los que se habían alcanzado si se hubiese utilizado otra metodología.

- Evaluación de la eficacia: el grado en que el programa logró los objetivos. Los objetivos deben estar claramente definidos. Los objetivos específicos permiten evaluar la eficacia del programa.
- Evaluación de la eficiencia: la eficiencia es la relación entre los resultados y el coste del proyecto. Habitualmente se conoce como análisis de coste-beneficio. En términos económicos un programa puede ser considerado mejor cuando los beneficios superan los costes.
- Elaboración de un informe

Toda la información obtenida y registrada, debe ser reflejada en un informe que permita dar a conocer los resultados, teniendo en cuenta a quién va dirigida esa información. Tener en cuenta el medio para elaborar el informe: escrito, oral...

b. Herramientas-indicadores ¿cómo se evalúa?

Las principales características de los datos son:

- La validez: que el dato mida lo que dice medir.
- La fiabilidad: se refiere a la capacidad de la medida para producir resultados constantes cuando es aplicada repetidas veces.

Cobertura: indicadores de participación. Dependiendo del tipo de proyecto que se diseñe, se usan indicadores cuantitativos o cualitativos. Los indicadores cuantitativos son de carácter objetivo (número de reuniones realizadas/número de reuniones previstas). Los indicadores cualitativos son de carácter subjetivo, miden actitudes o comportamientos (número de participantes que preguntan/número de participantes).

Actualmente la tendencia es usar ambos tipos de indicadores, cuantitativos y cualitativos.

Test de conocimiento previo y posterior: entrevista estructurada o semiestructurada y cuestionario abierto o cerrado.

Test de actitudes: entrevista, cuestionario, grupos de discusión...

2. Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

2.1. Derechos de la mujer y del recién nacido. Evolución histórica de los derechos de la mujer. Constitución española. Instituto de la mujer. Institutos de la mujer autonómicos. Planes de igualdad de la mujer. Resoluciones de las conferencias mundiales de la mujer. Legislación sobre los derechos del recién nacido

A. Derechos de la mujer y del recién nacido

Antes de comenzar a hablar de los derechos de la mujer y de los recién nacidos, hay que señalar que actualmente no disponemos de un «catálogo de derechos» que sea específico del niño o del recién nacido, ya que nuestro Código Civil, al reconocer la personalidad del recién nacido desde el momento que nace le proporciona y le hace titular de todos los derechos inherentes a las personas. A pesar de lo descrito anteriormente, sí disponemos de un enunciado de Derechos del Niño que fue aprobado en la Convención de las Naciones Unidas que se celebró sobre los Derechos del Niño en el año 1989.

Entre aquellos derechos que se enunciaron podemos citar entre otros: el derecho a la vida y los derechos a la inscripción de su nacimiento, a la nacionalidad y a conocer, ser cuidado y no separado de sus padres.

Con motivo de la celebración en Barcelona (23-27 septiembre 2001) del 5th World Congress of Perinatal Medicine, la World Association of Perinatal Medicine (WAPM), conjuntamente con otras sociedades nacionales e internacionales de diferentes campos relacionados con la Obstetricia, Ginecología y la Neonatología, decidieron crear una declaración institucional e internacional en torno a los derechos de las madres y los recién nacidos, que se denominó “Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido”.

El objetivo de esta declaración es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar, en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental y social tanto para la madre como para su hijo, así como favorecer la defensa y promoción de los derechos de la mujer y de la infancia en cualquier ámbito.

a. Declaración de derechos de la madre

Dentro de la “Declaración de los Derechos de la madre de Barcelona” podemos encontrar los siguientes enunciados:

- La maternidad debe ser de libre elección.
Toda mujer tiene el derecho de decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio ínter-genésico y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.
- Todas las mujeres tienen el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una maternidad sin riesgo. Esta garantía se ha de traducir en asignaciones presupuestarias en los países en vías de desarrollo y, en el caso de los países desarrollados, en priorizar la maternidad sin riesgo dentro de sus programas de cooperación. Las embarazadas inmigrantes tienen derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.
- Toda mujer tiene derecho a no sufrir discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria de su embarazo. La práctica del aborto debe ser realizada en condiciones sanitarias adecuadas. Las mujeres tienen derecho a un acceso fácil a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de un aborto.
- Toda mujer tiene derecho a que el embarazo no suponga un alto riesgo para su salud. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad, y tener los recursos necesarios para una correcta atención. Los Ministerios de Sanidad deben establecer normas bien definidas acerca de

la tecnología apropiada para un parto seguro para la madre y el recién nacido. Los países deben trabajar conjuntamente en la investigación para evaluar las diferentes tecnologías en la atención al parto.

- Toda mujer tiene derecho a no ser marginada durante o a causa de un embarazo. El acceso y la continuidad al mundo laboral deben garantizarse a toda mujer sin que suponga una discriminación a causa de un embarazo. El derecho a la maternidad debe ser protegido por las leyes laborales de los gobiernos, de manera que no es admisible menoscabar ni anular la igualdad de oportunidades por razón de su estado.
- Toda mujer tiene derecho a un sistema de salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. El conocimiento y el acceso a los avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, es un derecho de todas las mujeres. La atención obstétrica no tiene fronteras. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias.
- La mujer tiene derecho a recibir una adecuada educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. Por tanto, los servicios de salud deberán promover la asistencia de la mujer embarazada, y si es posible de su pareja, a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.
- Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.
- El derecho a la maternidad no puede ser limitado en base a la estructura social. Tanto las familias monoparentales como las biparentales tienen los mismos derechos frente a una maternidad.
- Toda mujer asalariada tiene derecho no sólo a un adecuado cuidado sanitario, sino también a los preceptivos permisos laborales por maternidad, sin menoscabo de su salario, ni riesgo de perder su empleo. La madre lactante tiene derecho a amamantar a su hijo durante la jornada laboral.
- Toda madre tiene derecho a compartir la responsabilidad tanto de las decisiones como del trabajo reproductivo con el padre. El padre tiene derecho y el deber de ejercer su responsabilidad, y a no ser marginado en el proceso de reproducción. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada no coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Las decisiones reproductivas en el seno de una pareja, son un derecho que debe ser ejercido con equidad y corresponsabilidad entre hombre y mujer.

- Toda mujer tiene derecho a escoger libremente la forma de lactancia, sin prejuicios sociales o culturales. Sin embargo, toda mujer debe ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animarla a iniciarla inmediatamente después del parto.
- Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo, respetando siempre el principio de autonomía.
- Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio, y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.
- Las mujeres que dan a luz en una determinada institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta (propia y del recién nacido), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para cada persona. Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario.
- Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.
- Toda mujer tiene derecho a su intimidad, y los profesionales tienen el deber de respetar su derecho de confidencialidad.
- Los profesionales de la salud no debemos aceptar la falta de recursos como una excusa para no avanzar en el cumplimiento de los derechos de salud reproductiva de las mujeres y, en general, de las sociedades.

b. Declaración de derechos del recién nacido

Dentro de los llamados “Derechos del recién nacido de Barcelona” podemos enumerar los siguientes:

- La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.
- La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
- Todo recién nacido tiene derecho a una filiación y a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

- Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
- Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño y siempre que no haya posibilidad de intervención de padres o tutores. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.
- El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. En los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legislativas y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.
- Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.
- Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promovida y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.
- Todo recién nacido tiene derecho a ser tratado de forma afectiva y a un entorno social acogedor. Este derecho estará sujeto a las circunstancias propias de cada caso, pero es obligación de los gobiernos el que se respete y se garantice este derecho.

- Todo recién nacido tiene derecho a vivir con sus progenitores o mantener relaciones con ellos, aún estando separados, siempre que no esté en peligro su vida.
- Todo recién nacido tiene derecho a no ser sometido a una adopción ilegal. En los Estados en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.
- Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos y de rehabilitación, muy especialmente a los servicios relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Los Estados han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.
- Los padres de los fetos con malformaciones incompatibles con la vida tienen el derecho de seguir su embarazo o bien optar por una interrupción legal, dentro del marco legal de cada país, si así los desean. En el caso de que el feto llegue a término no debe aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.
- No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y económico del lugar del nacimiento, en aplicación del derecho de justicia. En casos límite, los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible.
- Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.
- Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en las situaciones de emergencia.
- El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos

imponen a la sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los estamentos legislativos y ejecutivos de todos los países deben hacer cumplir.

B. Evolución histórica de los derechos de la mujer

En muchos foros se ha señalado, que la evolución de los derechos de la mujer ha ido en forma paralela con los cambios culturales que se han vivido en las distintas civilizaciones, aunque otros autores han señalado que estos cambios en los derechos de las mujeres han sufrido un efecto inverso a la evolución cultural que señalamos anteriormente.

A lo largo de la historia el hombre ha sido la figura alrededor de la cual se ha organizado el poder a todos los niveles; ese fenómeno explicaría la razón por la cual, a pesar de que han existido mujeres a la vanguardia del poder de un Estado (tenemos por ejemplo personajes como Isabel la Católica, Isabel II etc..) no han tenido el “poder” suficiente para poder equilibrar los derechos de la mujer a los del hombre.

A continuación expondremos un recorrido sintetizado a lo largo de aquellos momentos de la historia donde hemos observado cambios o hechos significativos relacionados con la evolución histórica de los derechos de las mujeres.

a. Edad antigua y primeras civilizaciones

Existe poca información al respecto. Analizando algo sobre antiguos textos legales, tenemos el Código Hammurabi [creado en torno al año 1750-1760 a. C. (según la cronología media) por el rey de Babilonia Hammurabi, es uno de los conjuntos de leyes más antiguos que se han encontrado, y uno de los ejemplares mejor conservados de este tipo de documentos creados en la antigua Mesopotamia] en cual se señalaba como principal aspecto con respecto a la figura de la mujer la de proporcionar descendencia a su marido, y que éste último podía tomar una esclava si a su esposa no le fuera posible.

Otros textos permitían la poligamia, en otros se reconocía la figura de la mujer como comerciante y podía obtener la separación/divorcio de su marido.

Figuras importantes como Pitágoras tenía a mujeres con roles importantes en la sociedad dentro de su comunidad en Crotona.

En términos generales, la mujer quedaba relegada a un segundo plano a nivel social y familiar. La sumisión de la mujer al marido era absoluta, el adulterio de la mujer era considerado como causa de divorcio, no así al revés y los hombres que estuvieran casados tenían la libertad para poder tener una concubina.

b. Época cristiana

Durante esta época se observa una evolución en positivo de la figura de la mujer dirigiendo su rol hacia el de compañera del hombre y hacia una situación de cierto equilibrio con respecto a la figura masculina.

Aparece un aspecto importante a destacar, ya que aunque el hombre y la mujer eran en esencia iguales, el varón era quien detentaba la dirección de la vida familiar y era él quien debía tomar las decisiones en los casos familiares, asumiendo la figura del patriarca.

c. Alta Edad Media (desde finales del S.V hasta el s. XI)

España comparte con otros países de Europa el arranque de la Alta Edad Media como un inquietante periodo de transición tras la caída definitiva del Imperio Romano y la constitución de los nuevos reinos bárbaros. Incluso, los españoles podemos presumir que nuestro reino germánico correspondiente, el visigodo, fue seguramente uno de los más avanzados de cuantos constituyeron Europa durante los siglos VI y VII, en buena medida gracias a la intensa romanización de la Hispania que conquistaron.

En esta época histórica en España, se observa la influencia de distintas corrientes, tales como la cristiana, las derivadas de las costumbres de los llamados pueblos primitivos y germanos.

Durante este tiempo, se pasó a considerar los bienes de la familia como de patrimonio común de la unidad, pasando así el cabeza de familia a “compartir” los bienes con su mujer y sus hijos. Incluso de haber una disolución de la unidad familiar los bienes debían de liquidarse en función de la aportación individual que había realizado cada uno de los componentes de la familia. En Castilla y León, se hizo común la costumbre de repartir los bienes en partes iguales, aunque el marido en última instancia era el administrador de esos bienes pero cualquier acto de disposición común sobre el patrimonio era responsabilidad de ambos cónyuges.

d. Baja Edad Media (desde el s. XII hasta finales s. XV)

La Baja Edad Media es un término que a veces produce confusión, pues procede de un equívoco etimológico entre alemán y castellano: baja no significa decadente, sino reciente; por oposición al alta de la Alta Edad Media, que significa antigua (en alemán alt: viejo, antiguo).

Se caracteriza, desde el punto de vista legislativo, por la presencia en muchos lugares del llamado Derecho Común (del latín *ius commune*) que es un término que hace referencia a un Derecho que se aplica a la generalidad de los casos o aplicable en oposición a un Derecho particular o especial (Derecho Propio).

Durante la Baja Edad Media se denominó así al Derecho formado por el Corpus Iuris Civilis (Derecho romano justiniano), el Corpus Iuris Canonici (Derecho canónico) y la labor de los juristas sobre éstos cuerpos jurídicos (escuela de glosadores y comentaristas).

Una de las características del llamado Derecho Común es que situaba a la figura de la mujer casada bajo la tutela del marido que era quien dirigía a la familia. Cualquier acto de la mujer debía de pasar por el filtro o autorización de su marido, además de esto se consideraba que la mujer no tenía capacidad para ostentar cargo público alguno.

Además de todo lo señalado, la infidelidad en el seno del matrimonio no tenía la misma consideración para el marido que para la mujer, por ejemplo el adulterio del marido no suponía ofensa alguna para la mujer ni ella podía ejercer ningún tipo de acusación en ese sentido.

e. Renacimiento (desde el S.XV hasta s. XVI)

Renacimiento es el nombre dado a un amplio movimiento cultural que se produjo en Europa Occidental en los siglos XV y XVI. Sus principales exponentes se hallan en el campo de las artes, aunque también se produjo una renovación en las ciencias, tanto naturales como humanas. Italia fue el lugar de nacimiento y desarrollo de este movimiento.

El Renacimiento fue fruto de la difusión de las ideas del humanismo, que determinaron una nueva concepción del hombre y del mundo. El nombre «renacimiento» se utilizó porque este movimiento retomaba ciertos elementos de la cultura clásica. El término se aplicó originariamente como una vuelta a los valores de la cultura grecolatina y a la contemplación libre de la naturaleza tras siglos de predominio de un tipo de mentalidad más rígida y dogmática establecida en la Europa de la Edad Media. Esta nueva etapa planteó una nueva forma de ver el mundo y al ser humano, con nuevos enfoques en los campos de las artes, la política y las ciencias, sustituyendo el teocentrismo medieval por cierto antropocentrismo.

Durante esta época, a la mujer se la consideraba como una persona frágil a nivel mental, corruptible y débil, quedando subordinada a la figura del marido desde el punto de vista matrimonial.

En España, no obstante, ya se empezaba a nivel jurídico a reconocer en forma alguna la personalidad y la figura de la mujer así como la autoridad materna dentro del seno familiar.

f. Siglo XIX

Esta fue la época del llamado liberalismo, situación que no aportó nada favorable en cuanto a los derechos de las mujeres. Con frecuencia se equiparaba a las mujeres con los niños y discapacitados mentales, ya que se consideraba que las mujeres poseían un intelecto similar a los mismos e inferior al de los hombres.

En nuestro país, la situación no difería en demasía con respecto a los demás países, se equiparaba a la mujer casada con los menores de edad, y se concebía que el marido pudiera castigar moderadamente a la mujer. Otro aspecto a señalar es que a la mujer casada se le prohibió la publicación de escritos, obras científicas o literarias sin autorización expresa de su marido. De todo lo anteriormente expuesto destaca la idea de que la mujer soltera o viuda no resultaba afectada por las prohibiciones a las que sí estaban sometidas las mujeres casadas, que veían como sus derechos se veían disminuidos y quedaban a expensas de la figura de su marido. En esta época, debido a la escasez laboral, el matrimonio suponía una salida del núcleo familiar para muchas mujeres, con lo que la progresiva incorporación de las mujeres al mundo laboral supuso una disminución de los matrimonios y las mujeres solteras comenzaron a exigir de forma más enérgica que se cumplieran sus derechos.

g. España y su Código Civil (1881-1889)

La principal característica que define este Código es la equiparación de los derechos que supuso entre la mujer y el hombre, siempre y cuando no estuvieran casados.

La mujer soltera tenía capacidad para todos los actos de la vida civil, pero había que tener en cuenta la siguiente excepción: se prohibía a las hijas de familia mayores de edad (por aquel entonces era 21 años) pero menores de 25 años que abandonaran la casa paterna sin licencia de los padres con los que conviviera excepto si era para casarse, convertirse en religiosa o cuando el padre o la madre hubieran contraído ulteriores bodas.

Si observamos el resto de los enunciados del Código Civil, hay muchos artículos que destacan por el grado de inferioridad jurídica al que someten a la mujer, como por ejemplo, con discriminaciones por el hecho de estar casada con respecto a la mujer soltera, siendo el adulterio de la mujer causa de divorcio; también se observan prohibiciones, ya que por ejemplo, se prohibía a la viuda o mujer a la cual anularan el matrimonio, el hecho de poder contraer matrimonio en el plazo de los 301 días siguientes al fallecimiento del marido o a la anulación; se hablaba también de la obediencia al marido, ya que éste ejercía la figura de autoridad familiar.

Así mismo, también existían otras reglas en torno a las mujeres y al matrimonio: la mujer podía casarse a los 12 años y el hombre a los 14 años; también los padres de

las hijas estaban obligados a entregarles una dote para aportarla al matrimonio, es la llamada dote obligatoria.

h. Siglo XX

Esta época se caracteriza entre otras cosas por la aparición de los primeros movimientos feministas, que buscaban reivindicar leyes igualitarias que favorecieran a la mujer.

Ya en muchos países se observa un movimiento inicial a nivel jurídico en busca de una igualdad progresiva a favor de ambos sexos.

A continuación describiremos algunas fechas y ventajas que se empezaron a obtener en ese sentido, a lo largo de este siglo XX. A principios de siglo, la mujer ya podía constar como titular de una cuenta en las cajas de ahorros; en el año 1910, se dio la posibilidad a las mujeres para poder ejercer como profesoras y en 1918 se le dio el derecho para poder acceder a empleos públicos; los Códigos Penales de 1932 y de 1944 castigaban a los maridos que maltrataban a sus mujeres o que las privaban de libertad.

Durante el periodo franquista se mantuvo la discriminación laboral de la mujer española, como por ejemplo la Ley del Contrato de Trabajo de 1944, que exigía que fuera el marido quien firmase el contrato laboral de la mujer.

En el año 1961 con la Ley del 22 de Julio, se le permitió a la mujer el desempeño de cargo público, participar en oposiciones y otros sistemas de provisión de plazas de las administraciones públicas y acceder a todos los grados de enseñanza; se discriminaba a las mujeres, prohibiéndoles realizar trabajos penosos, peligrosos e insalubres, también se les prohibía la pertenencia a las fuerzas armadas y a la marina mercante. Se empezó a considerar que las solteras y las viudas eran casi iguales que el hombre en derechos, pero la asignatura pendiente era la situación de la mujer casada.

La Ley de 2 de Mayo de 1975 proclamaba que el matrimonio no restringía la capacidad de obrar de ninguno de los cónyuges.

A otros niveles internacionales, la ONU en el preámbulo de su Carta Fundacional de 1945, propugnaba la igualdad de derechos de hombres y mujeres, sin hacer ningún tipo de distinción.

En nuestro país es en el ámbito laboral y más concretamente en el año 1977 donde se produce la primera equiparación entre el hombre y la mujer, ya que los derechos y obligaciones establecidos en la legislación laboral afectarían por igual al hombre y a la mujer.

i. España y la Constitución de 1978

En España y gracias a la Constitución que se promulgó en ese año y más concretamente al Art. 14 que dice: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” hemos visto igualados a priori los derechos jurídicos entre ambos sexos.

Así mismo también podemos señalar, por ejemplo que, dentro del Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo segundo. Derechos y libertades. Sección 2.ª De los derechos y deberes de los ciudadanos se contempla en el Art. 32.1 El hombre y la mujer tienen derecho a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica.

Nuestro Código Civil siguió marcando algunas diferencias entre ambos sexos, hasta que en octubre de 1990 surgió la Ley del 15 de octubre que efectuó algunos cambios en algunos artículos en los que se observaba una discriminación por razón de sexo y que fueron derogados.

Dicho todo esto, debemos considerar que la tendencia final y futura es intentar equiparar al hombre y a la mujer en todos los ámbitos, evitando la discriminación que pueda existir entre ambos géneros en función del sexo.

C. Constitución española

La Constitución (es un término que proviene del latín cum- “con, en conjunto” y statuere “establecer”, a veces llamada también Carta Magna) es la norma suprema de un Estado de derecho soberano, es decir, la organización establecida o aceptada para regirlo. La Constitución fija los límites y define las relaciones entre los diferentes poderes que existen en un Estado (esos poderes que, en los países occidentales modernos, se definen como poder legislativo, ejecutivo y judicial) y de estos con sus ciudadanos, estableciendo así las bases para su gobierno y para la organización de las instituciones en las que tales poderes se asientan. La finalidad de este documento es garantizar al pueblo y sus ciudadanos todos sus derechos y libertades.

Es una ley fundamental que, fruto de un gran pacto fundador (el llamado pacto constituyente) protege la libertad y la seguridad de todos mediante el cumplimiento de una doble condición: el establecimiento, por un lado, de una organización de los poderes del Estado (los anteriormente mencionados poderes legislativo, ejecutivo y judicial) y la proclamación con la consiguiente garantía, por otro lado, de toda una batería de derechos y libertades de los particulares (en este caso los ciudadanos) que esos mencionados poderes no pueden, mediante su actuación, lesionar o menoscabar en modo alguno.

Después de esta introducción, vamos a centrarnos en nuestro país España, que a nivel jurídico es uno de los países del espacio europeo que más Constituciones ha conocido, como consecuencia de todos los cambios políticos, sociales y económicos que han tenido lugar durante las distintas épocas.

En todas nuestras Constituciones se ha puesto de manifiesto el enfrentamiento de dualidades tan importantes como iglesia-estado, nobleza-burguesía, pueblo-nación, monarquía-república, centralismo-regionalismo, y las distintas constituciones han intentado dar respuesta a estas cuestiones, así como proporcionar armonía a los posibles desequilibrios existentes.

Después del fallecimiento del Jefe del Estado, en Noviembre de año 1975, y de acuerdo con las previsiones sucesorias de la Ley Orgánica del Estado, de 10 de enero de 1967, (derogada posteriormente por la Constitución Española) se reproduce la instauración de la figura monárquica en España. Se abrió así una etapa llamada de transición, de forma que el régimen autoritario anterior fue sustituido por un sistema político basado en la democracia.

Lo primero que se llevó a cabo fue aprobar una “Ley-Puente”, la llamada Ley para la Reforma Política, Ley 1/1977, de 4 de enero que, partiendo de las propias Leyes Fundamentales que existían en el régimen anterior, permitió el tránsito de la legalidad autoritaria a la democrática. Esta ley hizo posible la elección por sufragio universal de unas nuevas Cortes divididas en 2 cámaras, es decir, unas Cortes integradas por el Congreso de los Diputados (Cámara Baja) y por el Senado (Cámara Alta).

a. El proceso constituyente

Las nuevas Cortes, tienen su inicio con las elecciones generales de junio de 1977, y fueron las que tomaron la iniciativa de abrir un nuevo proceso para elaborar una Constitución (es el llamado Proceso Constituyente), que habría de durar aproximadamente unos 16 meses. A tal efecto, la Junta de Portavoces y el Pleno del Congreso decidieron que la Comisión de Asuntos Constitucionales y Libertades Públicas del Congreso, elaborase el anteproyecto de una nueva Constitución. La Comisión nombró una Ponencia de siete personas, encargada de dicha elaboración. El anteproyecto, después de la deliberación de la Comisión, fue aprobado por el Pleno del Congreso el 22 de julio de 1978 y, tras pasar por el Senado –Comisión y Pleno-, fue aprobado por el Pleno de la Cámara Alta el 5 de Octubre de ese mismo año.

Los textos aprobados por ambas Cámaras eran distintos, por lo que de acuerdo con lo previsto en la Ley para la Reforma Política, se creó una Comisión Mixta Congreso-Senado con la misión de presentar un texto único a las Cámaras. A partir de aquí se pone en marcha el definitivo proceso que desembocará en la aprobación, sanción, promulgación, publicación y entrada en vigor de la Constitución.

b. A continuación ofrecemos un pequeño listado de aquellas fechas que son importantes en el proceso constitutivo de la Constitución Española de 1978:

- El 31 de octubre de 1978, el Congreso y el Senado aprueban el texto constitucional definitivo.
- El 6 de diciembre de 1978, ratificación en referéndum.
- El 27 de diciembre de 1978, el Rey conjuntamente con el Congreso de los Diputados y el Senado, sanciona y promulga la Constitución.
- El 29 de diciembre de 1978, se publica en el BOE entrando en vigor este mismo día. Se publica también en las demás lenguas de España, según ordena su Disposición Final.

Desde el punto de vista jurídico, lo esencial de la Constitución es su naturaleza de Norma Suprema del ordenamiento jurídico, lo que quiere decir no sólo que la Constitución representa la máxima jerarquía normativa, sino que la Constitución ha nacido del poder constituyente, cuyo titular es el pueblo, que lo ha ejercido por medio de los representantes por él elegidos.

c. A continuación describiremos la estructura formal de la Constitución, es decir, la forma en que se distribuye y organiza su contenido:

- Un Preámbulo.
- Un Título Preliminar que define la titularidad de la soberanía, la identificación del Estado, el modelo de Estado, su forma política y los principios básicos del Estado democrático, social y de derecho.
- Diez Títulos más, numerados.
- Cuatro Disposiciones Adicionales.
- Nueve Disposiciones Transitorias.
- Una Disposición Derogatoria.
- Una Disposición Final.

d. Los temas que trata la Constitución en sus diferentes títulos son los siguientes:

- Principios y valores constitucionales. Derechos y libertades de los ciudadanos: Preámbulo, Título Preliminar y Título Primero.
- Organización, competencias y funcionamiento de los poderes públicos.

- Órganos del Estado. La Corona: Título II; Las Cortes: Título III y V; El Gobierno: Título IV y V; El Poder Judicial: Título VI; Tribunal Constitucional: Título IX.
- Principios de actuación ejecutiva en el ámbito económico: Título VII.
- Organización Territorial del Estado: Título VIII; La Reforma Constitucional: Título X.

Concluye el texto constitucional con las Disposiciones adicionales, transitorias, derogatoria y final.

Los Títulos en un total de 169 artículos, también pueden estar divididos en capítulos y estos, a su vez, en secciones.

e. Los Títulos numerados tratan:

- Título I: De los derechos y deberes fundamentales (arts. 10 al 55)

Es el Título más amplio de nuestra Constitución y va desde el artículo 10 al 55. Está organizado en cinco capítulos y contiene los derechos, libertades y deberes de todos los españoles.

Recoge los derechos y libertades que se reconocen y garantizan, junto con los principios rectores del sistema económico y social, que también se regulan con el Título VII.

Los artículos 10 y 11 exponen el marco general de los derechos y libertades.

En el capítulo segundo se tratan principalmente derechos individuales como el derecho a la vida, a la integridad física, la libertad ideológica, religiosa y de culto, a la libertad de expresión, a la educación, etc.

El capítulo tercero de este título trata sobre los principios rectores en el ámbito económico y social. Se recogen algunos derechos como la protección a la familia, disponer de una vivienda digna, disfrutar del medio ambiente, derecho al trabajo, a la protección de la salud, etc.

La actual Constitución Española crea la figura del Defensor del Pueblo. Según el artículo 54 su función es la defensa de los ciudadanos en lo relativo a sus derechos y libertades recogidos en este Título I de la Constitución Española.

- Título II: De la Corona (arts. 56 al 65)

Dedicado a la figura de la Corona, comprende un total de nueve artículos, en los que se establece que el Rey es el Jefe del Estado y se fijan sus funciones, atribuciones y prerrogativas.

Se conforma como una monarquía parlamentaria, no gobierna, pero el rey es el Jefe del Estado. El rey es inviolable e irresponsable, está fuera del poder ejecutivo, legislativo y judicial, por el contrario, sólo tiene las funciones que la Constitución le atribuye.

Los actos del rey han de ser refrendados por el Gobierno, que es el responsable de todos sus actos.

- Título III: De las Cortes Generales (arts. 66 al 96)

Las Cortes Generales representan al pueblo español. Están formadas por dos cámaras, la de los Diputados, Congreso o Cámara Baja, y la del Senado o Cámara Alta.

- Título IV: Del Gobierno y la Administración (arts. 97 al 107)

Se permite que se formen Gobiernos estables, puesto que el Gobierno tiene el máximo poder ejecutivo y de administración, y dicta normas, de rango inferior a la ley.

Se establecen sus funciones: “dirigir la política interior y exterior, la Administración civil y militar, y la defensa del Estado”. También se determina su composición, estatuto y funcionamiento.

- Título V: De las relaciones entre el Gobierno y las Cortes Generales (arts. 108 al 116)

Se determinan los mecanismos de colaboración entre el Gobierno y las Cortes Generales, que reciben las influencias del jefe del Estado, la justicia, las Administraciones locales y comunidades autónomas, los sindicatos, las asociaciones etc...

- Título VI: Del Poder Judicial (arts. 117 al 127)

Se establece que el judicial es un poder independiente, a pesar de estar vinculado administrativamente al Ministerio de Justicia. Tiene una total autonomía con respecto al Gobierno y las Cámaras y se rige por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). El Derecho se crea mediante leyes y normas, y no por jurisprudencia, que queda fuera del control de la Constitución. La Constitución garantiza la independencia de la justicia.

- Título VII: Economía y Hacienda (arts. 128 al 136)

Trata de la organización y distribución de la riqueza nacional, aunque esto aparece en otros artículos.

Dedicado a la Economía y la Hacienda, este título establece los criterios de presencia del Estado en una economía de mercado, y fija los principios de actuación fiscal y económica.

- Título VIII: De la Organización Territorial del Estado (arts. 137 al 158)

La Constitución de 1978 abordó la solución a un problema histórico en España, la compatibilidad de la unidad del Estado con la diversidad de regiones y comunidades autónomas diferenciadas.

Las Comunidades Autónomas que se constituyan tendrán su Estatuto de Autonomía donde se reflejará su propia singularidad, el territorio que comprende así como las competencias que asumen, cuyo límite son las competencias exclusivas del Estado.

- Título IX: Del Tribunal Constitucional (arts. 159 al 165)

La Constitución también crea la institución del Tribunal Constitucional (TC), y determina su composición y funcionamiento.

Esta figura es en sí misma una garantía para la propia Constitución, ya que su función es preservar a la Constitución de posibles violaciones y vigilar que no haya normas o leyes que contradigan algún precepto constitucional. Además, tiene como misión la de ser el máximo órgano encargado de proteger los derechos y libertades fundamentales.

- Título X: De la reforma Constitucional (arts.166 al 169)

Establece el mecanismo para su reforma. La reforma de la Constitución es muy difícil y rígida, lo que produce una tensión entre un sistema estable y una sociedad cambiante. La iniciativa de la reforma la tiene el Gobierno, el Congreso, el Senado, y las Comunidades Autónomas, pero no la iniciativa popular.

Este título se dedica a un elemento fundamental para una Constitución, como es el mecanismo de reforma de la Constitución. Según los requisitos establecidos para una modificación constitucional se dice que la Constitución es muy rígida ya que pone bastantes condicionantes para su reforma.

- Disposiciones

La Constitución se cierra con cuatro disposiciones adicionales, nueve transitorias, una derogatoria y una final.

D. Instituto de la mujer

a. Historia

- Los orígenes del Instituto de la Mujer

El reconocimiento de que las mujeres deben tener los mismos derechos y oportunidades que los hombres para educarse, trabajar, formar núcleos familiares y participar en las decisiones políticas y económicas, es un hecho social que se ha ido alcanzando a lo largo del siglo XX, gracias al desarrollo de los principios democráticos de justicia, libertad e igualdad y de las demandas de las propias mujeres.

Un hecho que marcó un punto de inflexión fue la puesta en marcha de la Constitución Española, el 6 de diciembre de 1978, supuso la afirmación legal de la igualdad existente entre las mujeres y los hombres, y la no discriminación por razones de raza, sexo o religión.

Sin embargo, la práctica evidenciaba que, para que las mujeres accedieran a la igualdad de oportunidades, no era suficiente con los cambios a nivel legal. Era preciso cambiar las actitudes y comportamientos, las formas de vida y las estructuras sociales, que suponen una barrera para el desarrollo de las mujeres como personas con derecho a participar activamente en la cultura, el trabajo y la política de un determinado país.

Un grupo de mujeres progresistas y feministas que eran conscientes de esta necesidad impulsó la creación de un organismo dentro de la Administración española, similar al que existía en otros países de Europa y del resto del mundo, responsable de elaborar políticas de igualdad, proponérselas al Gobierno y coordinar las acciones de los diferentes ministerios en este ámbito.

Esta demanda dio como resultado la elaboración del proyecto de ley de creación del Instituto de la Mujer.

- Nacimiento del Instituto de la Mujer

El Instituto de la Mujer fue creado por Ley 16/1983, de 24 de octubre, publicada en el Boletín del Estado el día 26 de octubre, como un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Cultura, y con la finalidad, en cumplimiento y desarrollo de los principios constitucionales recogidos en los artículos 9.2 y 14, de promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.

Inicialmente se fomentaron dos líneas de actuación bien diferenciadas: la primera de ellas para favorecer la creación de servicios de información y de atención y el desarrollo de programas de formación a las mujeres, y la segunda dirigida al fomento de actuaciones para promover y coordinar políticas específicas dirigidas a las mujeres desde la Administración Pública.

Desde sus inicios el trabajo del Instituto de la Mujer se orientó a la realización de distintas campañas de información sobre los derechos de las mujeres y a la difusión de los cambios que se habían producido a nivel jurídico, cambios necesarios y fundamentales para que las mujeres pudieran ejercer y reivindicar esos derechos que muchas no conocían. También mostró a la luz el problema de los malos tratos, realizando distintos estudios sobre la situación de las mujeres en España.

Pronto esas acciones se vieron complementadas con una importante actividad internacional, reforzada, sin duda, por la adhesión de España a la Comunidad Económica Europea (CEE) en el año 1986.

b. El Instituto de la Mujer como organismo

Es un organismo independiente y adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, teniendo como función la promoción y el fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.

Su año de creación es en Octubre de 1983, por el primer Gobierno socialista de la democracia, sus políticas, agrupadas bajo los sucesivos Planes de Igualdad, han estado siempre encaminadas a eliminar las diferencias por razones de sexo y a favorecer que las mujeres no fueran discriminadas en la sociedad.

El Instituto de la Mujer estuvo adscrito al Ministerio de Cultura hasta 1988, año en el que pasó a formar parte del Ministerio de Asuntos Sociales, y se unió al de Trabajo posteriormente. A partir de 2004 se vinculó a éste, a través de la Secretaría General de Políticas de Igualdad. Desde marzo de 2008 formó parte del Ministerio de Igualdad, creado por el gobierno surgido de las elecciones generales de Marzo de ese mismo año. En Noviembre de 2010 queda suprimida la Secretaría General de Políticas de Igualdad y el Instituto se adscribe al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En Diciembre de 2011, se reestructuran los departamentos ministeriales, se suprime el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, así como la Secretaría de Estado de Igualdad a la que estaba adscrito el Instituto y se crea el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, que asume las competencias de la extinta Secretaría

de Estado de Igualdad. Así mismo, se crea la Dirección General para la Igualdad de Oportunidades, cuya titular asume la Dirección General del Instituto de la Mujer, lo que permitirá el desarrollo de políticas integrales en el campo de la igualdad.

A lo largo de su historia se ha destacado por sus iniciativas y actuaciones para apoyar el avance de las mujeres españolas en pro de la igualdad de derechos que sanciona el artículo 14 de la Constitución Española.

La actividad de promoción y el fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social que se desarrolla por el Instituto de la Mujer en el cumplimiento de sus fines, se formaliza habitualmente a través de la firma de convenios de colaboración con otros Ministerios, con las Comunidades Autónomas, así como con Entidades Locales y otras instituciones públicas y privadas de los ámbitos cultural, educativo, deportivo, económico y social.

El Instituto de la Mujer mediante la convocatoria de distintas líneas de ayudas y subvenciones, financia proyectos dirigidos a la puesta en práctica de las políticas de igualdad promovidas por el Instituto y a la realización de actividades dirigidas al fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, y para fomentar la investigación sobre género y el conocimiento de la situación de las mujeres.

Además, publica obras y diverso material informativo y de divulgación con el fin de difundir el conocimiento sobre y de las mujeres.

También desarrolla proyectos de coedición con otras editoriales y recopila documentación sobre las mujeres en materias diversas para que pueda ser consultada por la ciudadanía.

Desde la incorporación de España a la Unión Europea, el Instituto viene gestionando una parte muy importante de Fondos Europeos. En la actualidad, intermedia y gestiona proyectos en el ámbito de los Programas Operativos de Lucha Contra la Discriminación, cofinanciados por el Fondo Social Europeo y el Programa Operativo de Asistencia Técnica y Gobernanza cofinanciado por el FEDER.

Instituto de la Mujer

Página Web: <http://www.inmujer.gob.es/>

Dirección: C/ Condesa de Venadito, 34

CP 28027 Madrid.

c. Funciones del instituto de la mujer

- Estudiar la situación de las mujeres españolas en los ámbitos legal, social, económico, educativo, cultural y sanitario.
- Recopilar información y documentación relativa a las mujeres.
- Llevar a cabo iniciativas para sensibilizar sobre la igualdad de género.
- Son agentes activos en la formación en materia de igualdad entre mujeres y hombres, realizando directamente acciones formativas y promoviendo su desarrollo por parte de otros agentes.
- Gestionar los datos estadísticos sobre la situación de las mujeres españolas. Estos datos se obtienen de acuerdo con el Sistema Estatal de Indicadores de Género diseñado por el propio Instituto de la Mujer.
- Elaborar informes e impulsar medidas que contribuyan a eliminar las discriminaciones existentes respecto a las mujeres en la sociedad.
- Seguir la normativa vigente y su aplicación en la materia que es competencia de este Instituto.
- *Fomentar relaciones con las instituciones de análoga naturaleza y similares de las Comunidades Autónomas y de la Administración Local, en especial a través de la Conferencia Sectorial y demás órganos de cooperación existentes en este ámbito material.
- Promover la prestación de servicios en favor de las mujeres y, en particular, los dirigidos a aquéllas que tengan una especial situación de vulnerabilidad.
- Recibir y canalizar, en el orden administrativo, denuncias formuladas por mujeres en casos concretos de discriminación de hecho o de derecho por razón de sexo.
- Facilitar información sobre los derechos de las mujeres y asesoramiento contra la discriminación por razón de sexo.
- Promover la participación plena de las mujeres en la sociedad de la información.
- Contribuir a recuperar y conservar la memoria histórica de las mujeres.
- Gestionar los fondos europeos del Fondo Social Europeo.

d. Servicios que ofrece el instituto de la mujer

- Centro de Información de los derechos de la mujer
- A través del Centro de Información de los Derechos de las Mujeres (que dispone de un teléfono de Información gratuito 24 horas 900 191 010), se facilita asesoramiento sobre diferentes temas: legislación matrimonial y laboral, malos tratos, agresiones, legislación social, ayudas a la creación de empleo, asociacionismo, orientación de empleo: trabajo autónomo, asalariado, cooperativas, formación profesional ocupacional, oficinas de empleo, etc.
- También se pueden presentar denuncias sobre hechos concretos que vulneren el principio de igualdad y de no discriminación por razón de sexo.
- Programa de educación del Instituto de la Mujer

Sus principales objetivos son:

- Publicación de obras y diverso material informativo y de divulgación con el fin de difundir el conocimiento sobre las mujeres.
- Promover la investigación sobre usos lingüísticos que nombran la diferencia sexual femenina y masculina.
- Colaborar con los medios de comunicación para que ofrezcan un tratamiento adecuado de la imagen de las mujeres en las noticias y en los programas de radio, televisión y prensa.
- Otras funciones del Instituto de la Mujer
 - Llevar a cabo iniciativas para sensibilizar sobre la igualdad de género.
 - Formar en materia de igualdad entre mujeres y hombres, mediante acciones formativas directas o promoviendo su desarrollo por parte de otros agentes.
 - Fomentar relaciones con instituciones similares de las Comunidades Autónomas y de la Administración Local.
- Información y asesoramiento para emprendedoras y empresarias (Programa PAEM)

Su objetivo principal es el de promover el autoempleo y la actividad empresarial de la mujeres. En este programa cofinanciado por el Fondo Social Europeo, está dirigido a mujeres con:

- Inquietud emprendedora.
- Una idea o proyecto de negocio.
- Un plan de modernización o ampliación.
- Programas de salud y servicios sociales
 - Promueve la incorporación de un enfoque biopsicosocial y de género en las políticas sanitarias, en los programas de prevención y en la práctica clínica.
 - Promueve la formación y sensibilización de los y las profesionales de la salud.
 - Promueve programas de salud con colectivos de mujeres en situación o riesgo de exclusión.
- Gestión fondos europeos

El Instituto de la Mujer tiene una doble función en relación a los Programas Europeos cofinanciados por los Fondos Estructurales: el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), el Fondo Social Europeo (FSE) y el Fondo de Cohesión:

Promover la igualdad entre hombres y mujeres y la integración de las cuestiones de género en las diferentes etapas de ejecución de los Fondos (Art. 16 del Reglamento (CE) nº 1083/2006 del Consejo.) El Instituto de la Mujer es miembro de los Comités de Seguimiento de los citados Fondos.

E. Institutos de la mujer autonómicos

A continuación vamos a señalar los distintos institutos de la mujer dependientes de las diferentes Comunidades Autónomas, así como su dirección web, para facilitar la consulta de las mismas.

ANDALUCÍA

Instituto Andaluz de la Mujer

<http://www.juntadeandalucia.es/iam>

ARAGÓN

Instituto Aragonés de la Mujer

<http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/InstitutoAragonesMujer>

ASTURIAS

Instituto Asturiano de la Mujer

<http://institutoasturianodelamujer.com/iam>

BALEARES

Institut Balear de la Dona

<http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?lang=ca&coduo=232>

CANARIAS

Instituto Canario de Igualdad

<http://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad>

CANTABRIA

Dirección General de la Mujer

<http://www.mujerdecantabria.com/>

CASTILLA - LA MANCHA

Instituto de la Mujer de Castilla - La Mancha

<http://www.institutomujer.jccm.es/>

CASTILLA Y LEÓN

Dirección General de la Mujer

<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Portada/es/>

Plantilla100Directorio/1248366924958/1279887997704/1284182453549/

DirectorioPadre

CATALUÑA

Institut Català de les Dones

<http://dones.gencat.cat/ca/>

CEUTA

Centro Asesor de la Mujer

<http://www.ceuta.es/cam>

EXTREMADURA

Instituto de la Mujer de Extremadura

<http://imex.gobex.es/>

GALICIA

Secretaría Xeral da Igualdade

<http://www.sgi.xunta.es/>

LA RIOJA

Dirección General de Política Social

<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=24850>

MADRID

Dirección General de la Mujer

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Estructura&language=es&idListConsj=1109265444710&idConsejeria=1109266187278&packedArgs=idOrganismo%3D1109266228570%26cid%3D1109266228570%26c%3DCM_Agrupador_FP&buscar=

MELILLA

Viceconsejería de la Mujer

http://www.melilla.es/melillaPortal/p_25_menu.jsp?codMenu=179&language=es&codMenuPN=5

MURCIA

Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/nuevoPortal/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=429&RASTRO=c819\\$m4800](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/nuevoPortal/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=429&RASTRO=c819$m4800)

NAVARRA

Instituto Navarro para la igualdad y la familia

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Asuntos+Sociales+Familia+Juventud+y+Deporte/Organigrama/Estructura+Organica/INAI/

PAÍS VASCO

EMAKUNDE - Instituto Vasco de la Mujer

<http://www.emakunde.euskadi.net/u72-prehome/es>

VALENCIA

Dirección General de Familia y Mujer

<http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?id=D>

F. Planes de igualdad de la mujer

El nacimiento del Instituto de la Mujer marcó el comienzo de una política institucional para la igualdad de oportunidades para las mujeres, que se concretó en los llamados Planes para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (PIOM), que están orientados a eliminar las diferencias existentes por razones de sexo y a favorecer que las mujeres no fueran discriminadas en la sociedad.

Los planes de igualdad significaron la creación de un marco referencial, que señalaba objetivos a cumplir por parte de todos los agentes implicados y que por tanto, exigía la realización de un seguimiento durante su periodo de vigencia.

A partir de los informes de seguimiento, se llevaron a cabo las evaluaciones de dichos planes, con dos objetivos fundamentales: conocer, por un lado, el grado de ejecución de las acciones previstas y, por otro, las actividades que se habían llevado a cabo para su cumplimiento por parte de los distintos órganos de la Administración General del Estado.

a. Primer Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 1988-1990

El I PIOM se presentó al Consejo de Ministros en septiembre de 1987 y suponía una estrategia política para mejorar la situación social de las mujeres a través de 120 medidas agrupadas en seis áreas: Igualdad en el ordenamiento jurídico; Familia y protección social; Educación y cultura; Empleo y relaciones laborales; Salud; Cooperación internacional y asociacionismo.

Este primer plan se hizo siguiendo el modelo de los programas para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres de la Comunidad Europea, a la que España se incorporó en 1986. Los estudios realizados en este tiempo fueron el fundamento de las medidas de acción propuestas en el primer plan.

b. Segundo Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 1993-1995

El II PIOM tuvo como finalidad básica la adopción de medidas para avanzar desde la igualdad formal hacia la igualdad real, es decir, la promoción y el desarrollo de medidas de acción positiva, principalmente, en los ámbitos de la educación, la formación y el empleo.

Las 172 actuaciones específicas de este segundo plan pueden considerarse como medidas políticas puestas en marcha con el fin de conseguir los cambios estructurales que permitieran a las mujeres su libre desarrollo y una participación activa en el mundo de la cultura, del trabajo y de la política.

c. Tercer Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 1997-2000

El III PIOM supuso la introducción del principio de igualdad en todas las políticas del Gobierno y la promoción de la participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social, con el fin de que se convirtieran en agentes copartícipes de la toma de decisiones, dado que, sin su participación, es imposible alcanzar los objetivos de igualdad y desarrollo. En este Plan se asumen los compromisos adquiridos de la Plataforma de Acción aprobada en la IV Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing, así como las orientaciones del IV Programa de Acción Comunitario.

d. Cuarto Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 2003-2006

El IV PIOM, basado en las directrices marcadas por la Estrategia Marco Comunitaria sobre la Igualdad entre Hombres y Mujeres (2001-2005), buscaba promover en aquellas áreas donde fuera necesario, políticas específicas de igualdad de oportunidades.

Fuera de estos planes de igualdad cabe señalar otros tipo de actividades que están encaminadas a la igualdad entre géneros como son que en Marzo de 2004, el Gobierno socialista hizo una apuesta por acometer la implantación de la igualdad en todos los ámbitos de la sociedad, comenzando con la conformación de un gabinete paritario, y creando la Secretaría General de Políticas de Igualdad dentro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a la que se adscribió el Instituto de la Mujer.

La Secretaría General de Políticas de Igualdad fue la unidad administrativa que, junto con el Instituto de la Mujer, impulsó la aprobación de las dos leyes más significativas de esta legislatura: La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para hacer efectiva la igualdad de mujeres y hombres (LOIEMH).

Sin duda, ambas leyes han sido las de mayor alcance en el desarrollo del derecho a la igualdad de trato y oportunidades de las mujeres en España hasta este momento, además de ser unas iniciativas pioneras dentro del marco de legislación de los países de la Unión Europea, dado que establecen de forma general la introducción del principio de igualdad de trato de mujeres y hombres en todas las estructuras de la sociedad.

G. Resoluciones de las conferencias mundiales de la mujer

a. ¿Qué son las conferencias mundiales?

Se trata de conferencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que tienen como objetivo estudiar temas de preocupación mundial y, en base a esto, establecer criterios de acción para todos los estados miembros. En las conferencias participan representantes de todos los gobiernos que están dentro del sistema de Naciones Unidas así como agencias especializadas de la ONU.

b. ¿En qué se concretan?

Cada conferencia culmina con un Plan o Plataforma de Acción, donde se concretan los objetivos que se quieren conseguir y se proponen una serie de medidas y actividades para su puesta en marcha por parte de gobiernos, instituciones públicas, ONG, agencias especializadas y sector privado.

Convocadas por las Naciones Unidas en el último cuarto de siglo XX, las cuatro Conferencias Mundiales han unido a la comunidad internacional en apoyo de un conjunto de objetivos comunes con un plan de acción eficaz para promover la igualdad entre mujeres y hombres y luchar contra la discriminación de género, así como para propiciar el adelanto de las mujeres en todos los países y en todas las esferas de la vida pública y privada.

Junto a la codificación de los derechos jurídicos y civiles realizada en un primer momento para la igualdad y contra la discriminación, se hizo cada vez más evidente que las leyes por sí mismas, no bastaban para garantizar la igualdad. En este sentido, se han celebrado una serie de conferencias mundiales que han tenido como objeto elaborar estrategias y planes de acción para evitar las discriminaciones.

Desde 1975 hasta la actualidad se han celebrado cuatro Conferencias Internacionales de la Mujer, desarrolladas en torno a tres ejes: Igualdad, Desarrollo y Paz. Su realización ha supuesto un avance ya que han logrado que la cuestión de la igualdad entre mujeres y hombres ocupe un lugar importante en la agenda mundial.

Las conferencias mundiales sobre la mujer, convocadas por las Naciones Unidas han contribuido a situar la causa de la igualdad entre los géneros, en el epicentro de la agenda política mundial. Las conferencias mundiales sobre la mujer han tenido lugar en México (1975), en Copenhague (1980), en Nairobi (1985), en Beijing (1995).

Los esfuerzos emprendidos han pasado por diversas etapas y transformaciones, desde considerar a la mujer casi exclusivamente en función de sus necesidades de desarrollo, hasta reconocer su contribución como esencial e imprescindible en todo el proceso de desarrollo, y procurar la potenciación de su papel y la promoción de su derecho a la participación plena en todos los niveles de la actividad humana.

- La I Conferencia Mundial de Mujer de Naciones Unidas se celebró en México, en el año 1975 coincidiendo con el Año Internacional de la Mujer, participaron en ella representantes de 133 gobiernos, al tiempo que 6.000 representantes de ONG asistían a un foro paralelo, la Tribuna del Año Internacional de la Mujer. En la Conferencia se definió un plan de acción mundial para la consecución de los objetivos del Año Internacional de la Mujer, que incluía un amplio conjunto de directrices para el progreso de las mujeres hasta 1985. Esta conferencia representó el primer encuentro entre mujeres en el que se adoptó un plan de acción plurianual con estrategias transnacionales en esta materia. Esta conferencia dio lugar a la creación del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y al Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), y se materializó con la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) en 1979, que introdujo la posibilidad de medir la igualdad en función de su materialización, “Igualdad de resultados”.
- La conferencia aprobó la Declaración de México, que vincula la discriminación y la desigualdad con el subdesarrollo provocado por un sistema mundial injusto. Se plantea la necesidad de reestructurar las relaciones económicas internacionales de forma que ofrezcan más posibilidades de integrar a las mujeres en la vida económica, social, política y cultural.
- La II Conferencia Mundial de la Mujer se convocó en Copenhague en el año 1980, con objeto de revisar las medidas aprobadas en la I Conferencia Mundial de Mujeres. Durante la misma se realizó una evaluación de los avances conseguidos desde México, y a su término se estableció un nuevo Plan de Acción a evaluar y revisar en la III Conferencia Mundial, convocada cinco años después en Nairobi.
- En esta conferencia se reconoció que había disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercer esos derechos. Para hacer frente a ese problema, se identificaron tres ámbitos en los que era necesario adoptar medidas concretas:

- La igualdad en el acceso a la educación
- Las oportunidades de empleo
- Los servicios adecuados de atención de la salud

Un total de 145 Estados Miembros se reunieron en Copenhague con motivo de la celebración de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. La conferencia tenía por objetivo examinar los avances realizados hacia el cumplimiento de los objetivos de la primera conferencia mundial, especialmente en lo relacionado con el empleo, la salud y la educación. El programa de acción se aprobó hacia una llamada a favor de adoptar medidas nacionales más firmes para garantizar la apropiación y el control de la propiedad por parte de las mujeres, así como a introducir mejoras en el ámbito de la protección de los derechos de herencia, de custodia de los hijos y de nacionalidad de la mujer.

- En la III Conferencia Mundial de Mujer celebrada en 1985 en Nairobi, participaron en ella 1.900 delegadas/os de 157 Estados Miembros. Un foro paralelo de ONG atrajo a cerca de 12.000 participantes. Los gobiernos adoptaron las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, que esbozaban las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género a nivel nacional, y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo. Se constató el escaso nivel de cumplimiento de los planes de acción acordados en las anteriores conferencias, lo que permitió establecer un amplio consenso en torno a una serie de medidas, entre las que cabe destacar la necesidad de promover reformas legislativas en el ámbito laboral, instaurar políticas educativas más activas, y promover un feminismo institucional mediante la creación de oficinas para la mujer de carácter estatal.

El objetivo de esta conferencia fue evaluar los logros de la Década de la Mujer (1975-1985). Se constató que los objetivos no se habían cumplido, por lo que se intentaron buscar nuevas formas de superar los obstáculos y para ello se formularon las Estrategias de Nairobi.

Esta conferencia reconoció que la cuestión de género no era algo aislado, sino que abarcaba todos los ámbitos de la vida: salud, educación, empleo, industria, comunicaciones, medio ambiente, etc., e impulsó la toma de medidas en este sentido.

- La IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en el año 1995, representó un punto de inflexión en el tratamiento de la igualdad; por primera vez el protagonismo estuvo en el tejido asociativo, y permitió que la Conferencia representara un encuentro mundial, no solo de delegaciones oficiales o institucionales sino de un gran número de feministas y organizaciones de mujeres. A partir de Beijing, se considera que el cambio de la situación de las mujeres afecta a la sociedad en su conjunto, y se considera por primera vez que su tratamiento no puede ser sólo sectorial si no que debe integrarse además en el conjunto de las políticas.

La conferencia aprobó por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción, que incorporaron un nuevo mecanismo de actuación denominado “gender mainstreaming”, o transversalidad de la perspectiva de género. El mainstreaming supone la incorporación de la perspectiva de género como una herramienta común para el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas, cualquiera que sea el ámbito de aplicación o el contenido de las mismas. La incorporación de una perspectiva de género exige un examen de la sociedad en su totalidad y que visualice y analice los fundamentos, causas y estructuras de la desigualdad. Por consiguiente, la atención no enfoca solamente a las mujeres y a su condición jurídica y social, sino que se dirige a reorganizar las instituciones y a adoptar decisiones políticas y económicas a favor de la igualdad de género que afectan a la sociedad en su conjunto.

La plataforma de acción identifica doce esferas de especial preocupación que se consideraba que representaban los principales obstáculos al adelanto de la mujer y que exigían la adopción de medidas concretas por parte de los gobiernos y la sociedad civil.

- La mujer y la pobreza
- La educación y la capacitación de la mujer
- La mujer y la salud
- La violencia contra la mujer
- La mujer y los conflictos armados
- La mujer y la economía
- La participación de la mujer en el poder y la adopción de decisiones
- Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- Los derechos humanos de la mujer

- La mujer y los medios de comunicación
- La mujer y el medio ambiente
- La niña

A partir de esta conferencia se supera la tendencia de las anteriores, centradas en adoptar medidas específicas para las mujeres, y se reconoce que el cambio en la situación de las mujeres afecta a la sociedad en general. La igualdad de género se reconoce como fundamental para el desarrollo y la paz mundial.

La conferencia aprobó la Plataforma de Acción de Beijing, el documento más completo producido por una conferencia de Naciones Unidas en relación a los derechos de las mujeres.

- Con objeto de realizar un seguimiento del cumplimiento de los compromisos adquiridos en Beijing, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas celebró en su sede (Nueva York) en Junio de 2000, una reunión en la que se reafirmaron los compromisos que se contrajeron en la IV Conferencia, pero sin suponer un avance tan significativo como representó Beijing.

En el 2000 fue emprendida una revisión comprehensiva de los progresos logrados, y la medición de resultados en la implementación de la Plataforma de Acción en la 23ª sesión especial de la Asamblea General (Beijing+5) titulado “Mujer 2000: Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI”. Esta sesión especial se llevó a cabo en Nueva York del 5 al 9 de junio de 2000 y se concentró en los ejemplos relativos a las prácticas aconsejables, las medidas positivas, la experiencia adquirida, y los obstáculos y principales problemas que aún persisten.

Los gobiernos asistentes se comprometieron a nuevas iniciativas como el fortalecimiento de la legislación contra todas las formas de violencia doméstica, y la sanción de leyes y la adopción de políticas para erradicar las prácticas nocivas, tales como el matrimonio temprano y forzado y la mutilación genital femenina. Además, se fijaron objetivos para asegurar la educación primaria obligatoria para niñas y niño, y para mejorar la salud de las mujeres mediante la ampliación del acceso a la atención médica a programas preventivos.

- La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) se reunió en Nueva York (Beijing +10) entre febrero y marzo de 2005 para analizar los avances logrados desde que se adoptó la Plataforma de Acción de Beijing. Las delegaciones presentes reafirmaron la Declaración

y la Plataforma de Acción aprobadas en Beijing e instaron a la ONU, organizaciones internacionales y sociedad civil a intensificar sus acciones a favor de la aplicación de ambas.

Conclusiones de la revisión de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer reunida en Nueva York (2005):

- La igualdad no es una realidad para la mujer porque persisten obstáculos como los siguientes: altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo, en especial en los conflictos armados, incidencia cada vez mayor del VIH/SIDA entre las mujeres, desigualdad entre los géneros en el ámbito laboral, falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, y falta de acceso igualitario a los bienes.
 - Es esencial aplicar plenamente la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
 - Dicha aplicación plena y eficaz y el cumplimiento de las obligaciones asumidas en la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) también son fundamentales para conseguir la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres.
- 2010: el examen al cabo de quince años de la Plataforma de Acción de Beijing se realizó durante el 54º periodo de sesiones de la Comisión, celebrado en 2010. Los Estados Miembros aprobaron una declaración en la que se acogía con beneplácito los progresos realizados con el fin de lograr la igualdad de género, y se comprometían a adoptar nuevas medidas para garantizar la aplicación integral y acelerada de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
 - 2015: a mediados de 2013, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas pidió a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer examinar y evaluar la aplicación de la Plataforma de Acción en 2015, en una sesión conocida como Beijing +20. Para informar de las deliberaciones, el Consejo exhortó también a los Estados Miembros de la ONU a llevar a cabo exhaustivas evaluaciones nacionales, y alentó a las comisiones regionales a llevar a cabo exámenes regionales.

- Otras conferencias y cumbres

Junto a las conferencias de la Mujer, otras cumbres mundiales convocadas por Naciones Unidas han servido para luchar contra todo tipo de discriminación y también han servido para consolidar los logros de las cumbres sobre la mujer.

- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), aprobada en 1979, entró en vigor en 1981. Es el primer instrumento legalmente vinculante y la más importante de las convenciones sobre el estatus de las mujeres por varias razones:
 - Obliga a los estados a reconocer, proteger y garantizar los derechos de las mujeres.
 - Obliga a los estados a adoptar medidas concretas para eliminar la discriminación.
 - Reconoce el papel de la cultura y las tradiciones en el mantenimiento de la discriminación y obliga a los estados a eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres.
 - Fortalece el concepto de indivisibilidad de los Derechos Humanos.
- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, en 1993, reafirmó la universalidad y el papel central de los derechos humanos. Esta conferencia puso de manifiesto la tirantez que suscitaban algunas cuestiones, como la soberanía nacional, la universalidad, el papel de las organizaciones no gubernamentales, la imparcialidad y la no selectividad de las medidas internacionales en pro de los derechos humanos. No obstante, en la Declaración y el Programa de Acción de Viena, los 171 Estados participantes proclamaron que los derechos humanos eran “una preocupación legítima de la comunidad internacional”, y que “todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes”. En definitiva, declaró que los derechos de las mujeres eran derechos humanos, lo que llevó a la comunidad internacional a reconocer la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos fundamentales.

En esta conferencia, además, se produce un cambio fundamental en la teoría de los derechos humanos, cuando por iniciativa de las mujeres se acepta que los derechos humanos pueden disfrutarse tanto en el ámbito público como en el privado, y por lo tanto, pueden violarse en ambos ámbitos. Hasta ese momento el sistema estaba basado en

violaciones cometidas por los Estados y referidas al espacio político y social. Por primera vez, actos de particulares, ocurridos en el espacio privado, pueden originar responsabilidad estatal.

La Declaración reafirma el derecho al desarrollo como derecho universal, y la relación indisoluble entre los derechos humanos y el desarrollo, y añade además que “la democracia, el desarrollo y el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales son conceptos interdependientes que se refuerzan mutuamente”.

- La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 que propuso eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres. Reconoció que el empoderamiento y la autonomía de las mujeres y la mejora de su estatus político, social, económico y de salud es un fin en sí mismo. Incluía la protección de los derechos humanos de las mujeres y en particular su autodeterminación para controlar sus decisiones reproductivas y sexuales.
- La Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, celebrada en Durban en 2001, fue organizada por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos y se centró en medidas activas y concretas contra el racismo. Entre sus objetivos principales figuraban: evaluar la lucha contra la discriminación racial y su futuro, acrecentar la concienciación sobre el racismo y sus consecuencias, formular recomendaciones a las Naciones Unidas sobre cómo mejorar la aplicación de sus acciones, etc. La Comisión Europea participó activamente en la preparación de la Conferencia mundial.

La Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia concluyó con una condena de diversas manifestaciones de racismo y un llamado a la comunidad internacional para erradicarlas dondequiera que ellas se encuentren.

En esta conferencia se insta a los Estados a crear una visión con perspectiva de género en el diseño y desarrollo de medidas de prevención, educación y protección para la erradicación del racismo en todos los niveles, a que desarrollen planes nacionales para la investigación de las condiciones actuales de las mujeres en las minorías, así como a que establezcan mecanismos de seguimiento de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos, y a que incluyan medidas concretas y remedios efectivos para la erradicación de múltiples formas de discriminación.

H. Legislación sobre los derechos del recién nacido

Como hemos mencionado con anterioridad, no disponemos a nivel estatal de una legislación propia sobre los derechos aplicables a los recién nacidos.

A pesar de lo anteriormente, sí es verdad de que disponemos a nivel autonómico de algunos decretos, que hablan de los derechos de los recién nacidos en el ámbito del nacimiento, como ejemplo mencionaremos 2 de ellos:

- a. En la Comunidad Autónoma de Andalucía disponen del Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.

Artículo 3. Derechos del recién nacido hospitalizado

Los recién nacidos hospitalizados en Andalucía, en relación con la asistencia sanitaria referida en el artículo 1 del presente Decreto, tendrán los siguientes derechos:

- a) A ser tratado de forma respetuosa y digna, evitándoles sufrimientos y dolores innecesarios.
- b) A que el Centro Sanitario donde se les atienda, disponga de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarles una adecuada asistencia.
- c) A que se establezcan las medidas necesarias para su inequívoca identificación.
- d) A ser protegidos del ruido, colocación incómoda e interrupciones innecesarias del sueño.
- e) A no ser sometidos a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docente, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres, o en su caso, de sus representantes legales.
- f) A ser cuidados, dentro de lo posible, por el mismo personal.
- g) A permanecer hospitalizados únicamente cuando el tratamiento domiciliario o ambulatorio no sea posible.
- h) A que su hospitalización sea lo más breve posible, salvo exigencias de su estado de salud.
- i) A estar acompañados por sus padres u otras personas, cuya compañía pueda resultar necesaria o conveniente, durante el máximo tiempo posible de su estancia en el hospital, siempre que su situación de salud lo permita.
- j) En caso de tener alguna minusvalía, a que se les facilite la estimulación precoz.

- k) A disponer de la cartilla de salud infantil como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y demás datos de importancia para su salud.
 - l) A que se adopten las medidas necesarias dirigidas a facilitar su guarda, de acuerdo con lo dispuesto por el Código Civil.
- b. Así mismo, la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria que también publicó en el B.O.C. nº 54, de 16 de marzo de 2007 Decreto 23/2007, de 1 de marzo sobre los Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario.

Artículo 3. Derechos del recién nacido

Todo recién nacido en Cantabria, en relación con la asistencia sanitaria referida en el artículo 1, tendrá los siguientes derechos:

- a) Derechos relacionados con la asistencia sanitaria
 - 1º A que su hospitalización sea lo más breve posible, salvo exigencias de su estado de salud.
 - 2º A que se promocióne y facilite la lactancia materna y, cuando no sea posible la lactancia materna, ya sea por razones personales, físicas o psíquicas, a que se posibilite una correcta lactancia artificial.
 - 3º A que se facilite el amamantamiento, incluso con ingreso conjunto si se produce un ingreso posterior del lactante.
 - 4º A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres, o en su caso, de sus representantes legales.
 - 5º A que el centro sanitario donde se le atiende disponga de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia.
 - 6º A tener un único referente médico, siempre que sea posible, y a ser explorado después del nacimiento por un médico especialista en pediatría.
 - 7º A que se le realicen las pruebas de detección neonatal vigentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
 - 8º A ser inmunizado después del parto contra las enfermedades infectocontagiosas contempladas en el calendario vacunal oficial vigente en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

9º A la continuidad asistencial por los Servicios de Atención Primaria de Salud una vez dado de alta en el hospital.

10º En caso de sufrir alguna alteración que dificulte su adecuado desarrollo, a que se le facilite atención temprana en el sistema sanitario público.

b) Derechos relacionados con la intimidad

1º A ser tratado de forma respetuosa y digna, evitándole sufrimientos y dolores innecesarios.

2º A ser protegido del ruido, colocación incómoda e interrupciones innecesarias del sueño.

3º A no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa justificada.

4º A estar desde el nacimiento acompañado por su padre o persona que lo sustituya, en el caso de que la madre no esté en condiciones de hacerlo.

5º A ser correctamente identificado en el momento de su nacimiento, para lo cual las maternidades dispondrán de contrastados sistemas de identificación de los recién nacidos y sus padres biológicos, al objeto de preservar el derecho infantil a la identidad y evitar, por consiguiente, su intercambio y su tráfico ilícito.

6º A que si es sujeto de adopción, ésta se realice con las máximas garantías posibles.

7º A disponer de la cartilla de salud infantil como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y demás datos de importancia para su salud.

Siguiendo al hilo del tema que estamos tratando, consideramos pertinente hablar de la existencia de un marco internacional jurídico que habla de la protección al niño hospitalizado, entendiendo como tal al recién nacido en el contexto de un parto/nacimiento en un medio hospitalario.

- A nivel internacional, podemos señalar la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y la Declaración de los Derechos de los Niños, también de Naciones Unidas, de 1959.
- En el ámbito europeo podemos señalar la Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986.

- En nuestra legislación, las declaraciones internacionales tienen plena efectividad jurídica, ya que el artículo 39 de la Constitución Española afirma que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos». Así mismo, la Ley de Protección Jurídica del Menor, de 15 de enero de 1996 consagra la supremacía del interés del menor como principio rector de la actuación de los poderes públicos frente a cualquier otro interés.
- En cuanto a la legislación autonómica, cabe destacar por la protección a los recién nacidos el Decreto 246/2005 de 8 de Noviembre de la Junta de Andalucía (este Decreto establece que los servicios sanitarios implicados en la atención perinatal adecuarán su organización y sus recursos para favorecer el vínculo madre-hija o hijo en los dispositivos de atención, y en el caso de que la persona recién nacida precise ingreso, se facilitará el ingreso conjunto madre-hija o hijo y el acceso del padre y de la madre al contacto directo con su hijo o hija. En todos los casos ser atendidos en los servicios y dispositivos de atención al embarazo, parto y puerperio, y se fomentará la lactancia materna, facilitando a las madres la información necesaria, eliminando cualquier obstáculo que pueda impedir aquella.).
- Aunque el término “menor” en nuestro país se refiere a todas las personas que tengan menos de 18 años, ese aspecto no debe encubrir las necesidades especiales e individualizadas de cada grupo de edad concreto. Tenemos por ejemplo, la Carta Europea de Derechos del Niño Hospitalizado del 13 de mayo de 1986, emitida por el Parlamento Europeo que establece que el niño tiene derecho a recibir cuidados prodigados por un personal cualificado que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo. En el caso de los recién nacidos, esas necesidades especiales son el contacto físico permanente con la madre y la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los recién nacidos, sean prematuros o no, permanezcan en contacto piel con piel (método madre canguro) con sus madres. Las restricciones al contacto físico entre la familia y los bebés ingresados en unidades de cuidados neonatales pueden influir negativamente en la evolución clínica de los niños. En situaciones de separación, la lactancia materna se ve perjudicada y las madres pueden tener sentimientos de culpabilidad e ineptitud que las hagan más propensas a sufrir trastornos como depresión y síndrome de estrés postraumático postparto.
- La Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados recoge expresamente el derecho del niño «a estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya, el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital no como espectadores pasivos, sino como

elementos activos de la vida hospitalaria». Visto lo anterior el derecho del recién nacido de acompañamiento familiar no tiene más límites que el de la propia situación clínica. Siempre que la permanencia de los padres obstaculice la labor asistencial del personal sanitario, desde el servicio asistencial se tomarán las medidas necesarias para evitar el perjuicio, ya que el acompañamiento ha de considerarse una necesidad básica a la que deben adaptarse los centros y la organización sanitaria. El interés del recién nacido, como veíamos antes en referencia a la Ley de Protección Jurídica del Menor, debe primar frente a cualquier otra consideración de tipo administrativo o asistencial.

- En cuanto a la toma de decisiones clínicas, los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos recién nacidos. Por lo tanto, habrá que pedir el consentimiento de éstos antes de proceder a cualquier intervención. Si los padres se negasen a consentir un tratamiento imprescindible para mantener la vida o salud del recién nacido, y las consecuencias de la no intervención fueran graves, inmediatas e irreversibles, los responsables de su cuidado podrán dirigirse a la autoridad judicial para que éste sea en última instancia quien autorice la intervención necesaria.

2.2. Derechos laborales y maternidad. Trabajo y embarazo. Peligrosidad. Despido y embarazo. Trabajo y maternidad. Prestación por maternidad. Lactancia. Permisos. Reducción de jornada. Excedencia

A. Derechos laborales y maternidad. Trabajo y embarazo

De todos es sabido que la gestación a pesar de ser una situación fisiológica para la mujer, el hecho de estar asociado al desempeño de una determinada actividad laboral puede tener una serie de implicaciones.

Dada la importancia del tema a tratar en muchos países se ha desarrollado una legislación específica que trata de la gestación, el entorno laboral y la relación entre ambos. En España, concretamente esa relación la vemos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que no hace sino, regular las situaciones de riesgo que se presentan en el trabajo de las mujeres gestantes.

- a. En términos generales, el trabajo puede suponer para la mujer embarazada:
- Contracciones musculares, con un aumento de la actividad simpática de aquellos músculos que se encuentran activos sobre los que no lo están.
 - Un aumento del gasto cardíaco (es el producto resultante de Volumen Sistólico Cardíaco por la Frecuencia Cardíaca) durante la actividad muscular aumentando el flujo hacia los músculos que se encuentran activos, y disminuyendo el flujo dirigido hacia otros órganos, tales como la unidad feto-placentaria, y que al no poseer un sistema de autorregulación propio, le supone un descenso del flujo útero-placentario, con las consecuencias que ello conlleva en última instancia para el feto.
 - Durante el desempeño de una actividad laboral, el aumento de la liberación de catecolaminas (fundamentalmente la adrenalina como principal agente) implicaría una vasoconstricción arterial, la temperatura del cuerpo puede aumentar pudiendo llevar, por efecto de la sudoración, a una disminución del volumen plasmático que puede aumentar la disminución del flujo sanguíneo hacia las arterias uterinas, por lo que el flujo placentario se vería reducido.

De cualquier forma y en términos generales, la capacidad de reserva del espacio intervelloso placentario es suficiente para no producir un desequilibrio de la homeostasis fetal, frente a estos ajustes que debe llevar a cabo el organismo materno.

Hay que tener en cuenta, aquellos trabajos en los que existe una frecuente alteración de los ritmos circadianos (trabajos que están sujetos a cambios frecuentes de turnos o que están sujetos a turnos en horario nocturno), tal y como ocurre en las profesionales sanitarias, cuerpos de seguridad, etc. ya que estos cambios inducen alteraciones en los patrones de ritmo vigilia-sueño, patología del aparato digestivo (aumento de úlceras gástricas por estrés...) y un aumento del riesgo cardiovascular. En este grupo de mujeres sometidas a esta dinámica laboral, con cambios habituales en el turno de trabajo, se ha observado en diferentes ensayos clínicos un aumento en la incidencia de aborto de primer trimestre, menor peso en los recién nacidos en gestaciones a término, aumento de la incidencia del Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR), pero en cambio no se han observado cambios en la tasa de nacimientos pretérmino antes de la semana 37 de gestación, aunque otros autores no coinciden con esto último y demuestran series en las que se aprecia un aumento discreto de partos pretérmino.

B. Peligrosidad

Cuando hablamos de peligro (del lat. *pericŭlum*), hablamos de un riesgo o contingencia inminente de que pueda suceder algún mal.

Hay que tener presente que algunas condiciones laborales (estrés, fatiga, condiciones ambientales, etc.) pueden afectar a la gestación y a lactancia materna en caso de mujeres trabajadoras; además, la exposición a algunos agentes (ej. tóxicos, radiaciones ionizantes, etc.) pueden poner en compromiso la gestación y la salud del lactante en casos de lactancia materna.

Y desde el punto de vista jurídico general y del Derecho Laboral en particular a la hora de hablar de peligrosidad, resulta inevitable hablar de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

- a. Al respecto de lo que establece esta ley en aquellos casos en los que exista un riesgo durante el embarazo, la empresa, debería entre otras cosas:
 - Debe adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo para que desaparezca el riesgo.

- Si esto no es posible, o aún siéndolo no desaparece dicho riesgo, debe asignar a la trabajadora un puesto diferente compatible con su estado, dentro de su grupo profesional o categoría equivalente mientras persista el riesgo.
 - Si tampoco ello fuera posible, la trabajadora puede ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando el conjunto de retribuciones de origen.
 - Si el citado cambio tampoco resulta técnica ni objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse por motivos justificados, puede declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de baja por “riesgo durante el embarazo” mientras exista el mismo.
- b. Como legislación relacionada, disponemos de los siguientes decretos:
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27 31/01/1997.
 - Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.
- c. A continuación vamos a ver de qué manera se tratan estos aspectos en los Decretos anteriormente mencionados.
- En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, podemos señalar lo siguiente:
 - El Art. 26. Ley de Prevención de Riesgos Laborales recoge la protección de la maternidad en los casos de riesgo durante el embarazo, o durante la lactancia.
 - Art. 26.1, establece que “La evaluación de riesgos a la que se refiere el artículo 16 de la presente Ley deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado, y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimiento o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o el feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, a través de una adaptación de

las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada. Dichas medidas incluirán, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos”.

- Art. 26.2. “Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible o, a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto, y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado. El empresario deberá determinar, previa consulta con los representantes de los trabajadores, la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos a estos efectos.

El cambio de puesto o función se llevará a cabo de conformidad con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional, y tendrá efectos hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación al anterior puesto.

En el supuesto de que, aun aplicando las reglas señaladas en el párrafo anterior, no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

- Art. 26.3. Si dicho cambio de puesto no resultará técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión por riesgo durante el embarazo, contemplada en el artículo 45.1d) del Estatuto de los Trabajadores, durante el periodo necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior a otro compatible con su estado.
- Art. 26.4. Lo dispuesto en los números 1 y 2 de este artículo será también de aplicación durante el período de lactancia natural, si las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la mujer o del hijo y así lo certifiquen los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de las Mutuas, en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, con el informe del médico del Servicio Nacional de Salud que asista facultativamente a la trabajadora o a su

hijo. Podrá, asimismo, declararse el pase de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses contemplada en el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores, si se dan las circunstancias previstas en el número 3 de este artículo.”

d. En el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27 31/01/1997:

- Artículo 4:

La evaluación inicial de los riesgos que no hayan podido evitarse deberá extenderse a cada uno de los puestos de trabajo de la empresa en que concurren dichos riesgos.

Para ello, se tendrán en cuenta:

- Las condiciones de trabajo existentes o previstas, tal como quedan definidas en el apartado 7º del artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- La posibilidad de que el trabajador que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico conocido, a alguna de dichas condiciones.

- Artículo 37 y concretamente explícito en el punto G tenemos que:

El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.

En particular, también se mencionan una serie de agentes de distinta índole a los cuales la mujer embarazada o en periodo de lactancia materna no debería verse expuesta, y que son tenidos en cuenta a la hora de valorar la presencia de un posible riesgo en el trabajo, para ello y a efectos de lo dispuesto sobre la evaluación de riesgos en el artículo 26.1 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (anteriormente descrita), el anexo VII de este Real Decreto incluye una lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico de exposición.

En todo caso, la trabajadora embarazada no podrá realizar actividades que supongan riesgo de exposición a los agentes o condiciones de trabajo incluidos en la lista no exhaustiva de la parte A del anexo VIII, cuando de acuerdo con las conclusiones obtenidas de la evaluación de riesgos, ello pueda poner en peligro su seguridad o su salud o la del feto. Igualmente la trabajadora en período de lactancia no podrá realizar actividades que supongan el riesgo de una exposición a los agentes o condiciones de trabajo enumerados en la lista no exhaustiva del anexo VIII, parte B, cuando de la evaluación se desprenda que ello pueda poner en peligro su seguridad o su salud o la del niño durante el período de lactancia natural. En los casos previstos en este párrafo, se adoptarán las medidas previstas en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, con el fin de evitar la exposición a los riesgos indicados.

- e. Anexo VII. Lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural.

Añadido por Real Decreto 298/2009

- Agentes.
 1. Agentes físicos, cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales o provocar un desprendimiento de la placenta, en particular:
 - a) Choques, vibraciones o movimientos.
 - b) Manipulación manual de cargas pesadas que supongan riesgos, en particular dorsolumbares.
 - c) Ruido.
 - d) Radiaciones no ionizantes.
 - e) Frío y calor extremos.
 - f) Movimientos y posturas, desplazamientos, tanto en el interior como en el exterior del centro de trabajo, fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

2. Agentes biológicos

Agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, según la clasificación de los agentes biológicos establecida en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o del feto y siempre que no figuren en el anexo VIII.

3. Agentes químicos

Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, del feto o del niño durante el período de lactancia natural y siempre que no figuren en el anexo VIII:

- a) Las sustancias etiquetadas R 40, R 45, R 46, R 49, R 68, R 62 y R63 por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H351, H350, H340, H350i, H341, H361f, H361d y H361fd por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, en la medida en que no figuren todavía en el anexo VIII.
- b) Los agentes químicos que figuran en los anexos I y III del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
- c) Mercurio y derivados.
- d) Medicamentos antimetabólicos.
- e) Monóxido de carbono.
- f) Agentes químicos peligrosos de reconocida penetración cutánea.

- Procedimientos.

Procedimientos industriales que figuran en el anexo I del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

También viene regulada en modo alguno por la Directiva 92/85/CEE del Consejo de 19 de octubre de 1992 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

- Lista no exhaustiva de los agentes y condiciones de trabajo en trabajadoras embarazadas.

1. Agentes

a) Agentes físicos

Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo en locales a presión, submarinismo.

b) Agentes biológicos

Toxoplasma.

Virus de la rubéola, salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.

c) Agentes químicos

Las sustancias etiquetadas R60 y R61, por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H360F, H360D, H360FD, H360Fd y H360Df por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el “Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España” publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo

Trabajos de minería subterráneos.

- Lista no exhaustiva de los agentes y condiciones de trabajo en trabajadoras en período de lactancia.

1. Agentes

a) Agentes químicos

Las sustancias etiquetadas R 64, por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o H362 por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el “Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España” publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.

Plomo y sus derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo

Trabajos de minería subterráneos.

Por último y para finalizar este epígrafe señalar que la prestación económica por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural trata de proteger la salud de la mujeres trabajadoras, del feto y del recién nacido y de cubrir la pérdida de ingresos que se produce durante el periodo de suspensión del contrato de trabajo o de la actividad. Se regula en los Art. 134 y 135 del TR LGSS, Art. 26.2. y 26.4 LPRL y RD 1251/2001, y que el subsidio por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural es del 100 % de la base reguladora por contingencias profesionales.

C. Despido y embarazo

En el siguiente epígrafe que vamos a tratar, comentaremos la legislación referente al despido laboral y la relación de éste con la situación de embarazo.

a. En este sentido es claro el Estatuto de los Trabajadores en su Art. 55.5.

Recordando a los lectores que “será nulo el despido que tenga por móvil alguna de las causas de discriminación prohibidas en la Constitución o en la Ley, o bien se produzca con violación de derechos fundamentales y libertades públicas del trabajador.

Será también nulo el despido en los siguientes supuestos:

- El de los trabajadores durante el período de suspensión del contrato de trabajo por maternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, enfermedades causadas por embarazo, parto o lactancia natural, adopción o acogimiento o paternidad al que se refiere la letra d) del apartado 1 del artículo 45, o el notificado en una fecha tal que el plazo de preaviso concedido finalice dentro de dicho período.
- El de las trabajadoras embarazadas, desde la fecha de inicio del embarazo hasta el comienzo del período de suspensión a que se refiere la letra a), y el de los trabajadores que hayan solicitado uno de los permisos a los que se refieren los apartados 4, 4 bis y 5 del artículo 37, o estén disfrutando de ellos, o hayan solicitado o estén disfrutando la excedencia prevista en el apartado 3 del artículo 46; y el de las trabajadoras víctimas de violencia de género por el ejercicio de los derechos de reducción o reordenación de su tiempo de trabajo, de movilidad geográfica, de cambio de centro de trabajo o de suspensión de la relación laboral, en los términos y condiciones reconocidos en esta Ley.
- El de los trabajadores después de haberse reintegrado al trabajo al finalizar los períodos de suspensión del contrato por maternidad, adopción o acogimiento o paternidad, siempre que no hubieran transcurrido más de nueve meses desde la fecha de nacimiento, adopción o acogimiento del hijo.
- Lo establecido en las letras anteriores será de aplicación, salvo que, en esos casos, se declare la procedencia del despido por motivos no relacionados con el embarazo o con el ejercicio del derecho a los permisos y excedencia señalados”.

b. De forma alguna viene regulada por la Directiva 92/85/CEE del consejo de 19 de octubre de 1992 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

- Artículo 10

Prohibición de despido

Como garantía para las trabajadoras, a que se refiere el artículo 2, del ejercicio de los derechos de protección de su seguridad y salud reconocidos en el presente artículo, se establece lo siguiente:

- Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para prohibir el despido de las trabajadoras, a que se refiere el artículo 2, durante el período comprendido entre el comienzo de su embarazo y el final del permiso de maternidad a que se refiere el apartado 1 del artículo 8, salvo en los casos excepcionales no inherentes a su estado admitidos por las legislaciones y/o prácticas nacionales y, en su caso, siempre que la autoridad competente haya dado su acuerdo.
- Cuando se despida a una trabajadora, a que se refiere el artículo 2, durante el período contemplado en el punto 1, el empresario deberá dar motivos justificados de despido por escrito.
- Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para proteger a las trabajadoras, a que se refiere el artículo 2, contra las consecuencias de un despido que sería ilegal en virtud del punto 1.

D. Trabajo y maternidad

El trabajo materno es citado a menudo como una de las principales razones para el abandono o la disminución de la duración de la lactancia materna en nuestro entorno. Sin embargo, año tras año, las estadísticas sobre lactancia demuestran cómo, a pesar de la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, la incidencia de la lactancia aumenta, así como su duración. Diversos estudios constatan que el grupo de mujeres con mayor incidencia de lactancia al salir del hospital, es el de las mujeres que reiniciaron un trabajo de jornada completa, seguidas por las mujeres que trabajarán a tiempo parcial y después de aquellas que no van a trabajar fuera de casa. En nuestro entorno, la encuesta dirigida por el Comité de lactancia en 1997, en diversas comunidades autónomas, no encuentra relación entre el trabajo de la mujer y el inicio o duración de la lactancia. Por otra parte, es el grupo de mujeres con un nivel de estudios más alto, y por tanto con más probabilidades de trabajo remunerado, el que con más frecuencia y durante más tiempo amamanta a sus hijos.

La mujer española, cada vez en mayor número, desea incorporarse a la fuerza laboral y compatibilizar maternidad y trabajo remunerado, por lo que cada vez es mayor el número de mujeres que consulta al pediatra, sobre la forma de compatibilizar trabajo y lactancia, y en los diversos foros abiertos en internet sobre lactancia materna, se multiplican las preguntas sobre modo y manera de compatibilizar lactancia y trabajo remunerado.

Existen numerosos estudios, desde los años 30 que han analizado el impacto del trabajo materno sobre la salud de los hijos sin que se hayan demostrado impacto alguno sobre la salud mental o física de los mismos. Aunque no se han observado alteraciones en el establecimiento de vínculos afectivos con la madre, a pesar de una separación temprana, algunos autores describen un mejor vínculo entre los bebés alimentados al pecho.

Trabajos recientes demuestran una menor incidencia de procesos asmáticos entre los niños que acuden a guarderías desde una edad temprana, pero un aumento de infecciones respiratorias y digestivas.

El mantenimiento de la lactancia cuando la madre se incorpora al trabajo disminuye la incidencia y la gravedad de estas infecciones en sus hijos.

Algunos trabajos exponen a la mujer trabajadora a tóxicos ambientales cuyo paso a través de la leche materna puede ser tóxico para el niño. Aunque cada caso particular deberá ser examinado a la luz de los conocimientos actuales, la ley actual exige a la empresa el cambio de puesto, temporalmente durante el embarazo o la lactancia.

E. Prestación por maternidad

Todo lo referente a la prestación por maternidad viene recogida por el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

A continuación mostraremos aquellos aspectos que suponen mayor interés para el lector:

a. Capítulo II

Subsidio por maternidad

- Sección 1.ª Supuesto general: subsidio de naturaleza contributiva

Artículo 2.- Situaciones protegidas

1. A efectos de la prestación por maternidad, se consideran situaciones protegidas la maternidad, la adopción y el acogimiento familiar, tanto preadoptivo como permanente o simple, de conformidad con el Código Civil o las leyes civiles de las comunidades autónomas que lo regulen, siempre que, en este último caso, su duración no sea inferior a un año, y aunque dichos acogimientos sean provisionales, durante los periodos de descanso que por tales situaciones se disfruten, de acuerdo con lo previsto en el artículo 48.4 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo y durante los permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, a que se refieren los párrafos a) y b) del artículo 49 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

Se considerarán, de igual modo, situaciones protegidas los acogimientos provisionales formalizados por las personas integradas en el Régimen General de la Seguridad Social e incluidas en el ámbito de aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público.

Asimismo, se considerará situación protegida, en los mismos términos establecidos para los supuestos de adopción y acogimiento, la constitución de tutela sobre menor por designación de persona física, cuando el tutor sea un familiar que, de acuerdo con la legislación civil, no pueda adoptar al menor.

2. Se considerarán jurídicamente equiparables a la adopción y al acogimiento preadoptivo, permanente o simple, aquellas instituciones jurídicas declaradas por resoluciones judiciales o administrativas extranjeras, cuya finalidad y efectos jurídicos sean los previstos para la adopción y el acogimiento preadoptivo, permanente o simple, cuya duración no sea inferior a un año, cualquiera que sea su denominación.

No se considerarán equiparables al acogimiento preadoptivo, permanente o simple, otras posibles modalidades de acogimiento familiar distintas a las mencionadas anteriormente.

3. Conforme a lo establecido en el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores, en relación con las causas de suspensión del contrato de trabajo, en el caso de adopción o acogimiento familiar de personas con discapacidad o de quienes, por sus circunstancias y experiencias personales, o por provenir del extranjero, tengan especiales dificultades de inserción social y familiar debidamente acreditadas por los servicios sociales competentes, para que se produzca la situación protegida el adoptado o acogido deberá ser menor de dieciocho años.

Se entenderá que los menores de edad, adoptados o acogidos, que sean mayores de seis años, presentan alguna discapacidad cuando ésta se valore en un grado igual o superior al 33 por 100, de conformidad con el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

4. En el supuesto de trabajadores por cuenta propia incluidos en los distintos regímenes especiales del sistema de la Seguridad Social, se consideran situaciones protegidas las referidas en los apartados anteriores de este artículo, durante los periodos de cese en la actividad que sean coincidentes, en lo relativo tanto a su duración como a su distribución, con los periodos de descanso laboral establecidos para los trabajadores por cuenta ajena, excepto en lo que se refiere a la posibilidad de percibir el subsidio compatibilizándolo con una jornada a tiempo parcial, que se efectuará en los términos regulados en el apartado 8 de la disposición adicional primera.

Artículo 3.- Beneficiarios

1. Serán beneficiarios del subsidio por maternidad los trabajadores, por cuenta ajena o por cuenta propia, cualquiera que sea su sexo, incluidos en el ámbito de aplicación de este capítulo, que disfruten de los descansos o permisos referidos en el artículo 2, siempre que reúnan la condición general de estar afiliados y en alta o en situación asimilada en algún régimen del sistema de la Seguridad Social y acrediten los periodos mínimos de cotización exigibles en cada caso.

2. Cuando el periodo de descanso por maternidad, adopción o acogimiento, sea disfrutado, simultánea o sucesivamente, por los dos progenitores, adoptantes o acogedores, tendrán ambos la condición de beneficiarios del subsidio, siempre que reúnan de forma independiente los requisitos exigidos.
3. En el supuesto de parto, si se produjese el fallecimiento de la madre, con independencia de que ésta realizara o no algún trabajo, el otro progenitor tendrá derecho a la prestación económica por maternidad durante todo el periodo de descanso o durante la parte que quedara por disfrutar de dicho periodo, computado desde la fecha del parto, siempre que aquél acredite los requisitos exigidos y sin que se descuente la parte que la madre hubiera podido percibir con anterioridad al parto. En estos casos, el disfrute de esta prestación es compatible con el derecho al subsidio por paternidad.
4. En caso de parto, cuando la madre fuera trabajadora por cuenta propia que, en razón de su actividad profesional, estuviera incorporada a la mutualidad de previsión social establecida por el correspondiente colegio profesional, y no tuviera derecho a prestaciones por no estar prevista la protección por maternidad en la correspondiente mutualidad, el otro progenitor, si reúne los requisitos exigidos y disfruta del correspondiente periodo de descanso, podrá percibir el subsidio por maternidad, como máximo, durante el periodo que hubiera correspondido a la madre, siendo, además, dicho subsidio compatible con el subsidio por paternidad. Se otorgará el mismo tratamiento cuando la interesada, por causas ajenas a su voluntad, no reuniera las condiciones exigidas para la concesión de la prestación a cargo de la mutualidad, pese a haber optado por incluir la protección por maternidad desde el momento en que pudo ejercitar dicha opción, con ocasión del ejercicio de la actividad profesional.

Si, por el contrario, la madre tuviese derecho a prestaciones por maternidad en el sistema de previsión derivado de su actividad profesional, independientemente de su duración o de su cuantía, o cuando no alcanzara este derecho por no haber incluido voluntariamente la cobertura de esta prestación, el otro progenitor no tendrá derecho al subsidio en el sistema de la Seguridad Social.

Cuando la madre no tuviese derecho a prestaciones, por no hallarse incluida en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por cuenta propia o Autónomos ni en una mutualidad de previsión social alternativa, el otro progenitor podrá percibir el subsidio por maternidad en los términos y con las condiciones que se indican en el primer párrafo de este apartado.

5. Asimismo, en caso de parto, si la madre trabajadora no reúne el periodo mínimo de cotización requerido y se le reconoce el subsidio de naturaleza no contributiva, establecido en la sección segunda de este capítulo, el otro progenitor, a opción de la madre, podrá percibir el subsidio de naturaleza contributiva, durante el periodo de descanso que corresponda, descontando la duración y el incremento del subsidio de naturaleza no contributiva que, en su caso, hubiera correspondido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17.2 de este real decreto, y siempre que aquél acredite los requisitos exigidos. Dicho subsidio será compatible con el de paternidad.

La opción por el disfrute del permiso en favor del otro progenitor deberá realizarla la madre al inicio del descanso.

6. En caso de pluriempleo o pluriactividad el beneficiario disfrutará de los descansos y prestaciones por maternidad en cada uno de los empleos de forma independiente e ininterrumpida, de acuerdo con la normativa aplicable en cada caso. En el cálculo de las prestaciones se tendrán en cuenta las bases de cotización correspondientes a cada una de las empresas o actividades, siendo de aplicación a la base reguladora del correspondiente régimen el tope máximo establecido a efectos de cotización.

Cuando, en supuestos de pluriactividad, los trabajadores acrediten las condiciones para acceder a la prestación solamente en uno de los regímenes, se reconocerá un único subsidio computando exclusivamente las cotizaciones satisfechas a dicho régimen. Si en ninguno de los regímenes se reúnen los requisitos para acceder al derecho, se totalizarán las cotizaciones efectuadas en todos ellos siempre que no se superpongan y se causará el subsidio en el régimen en el que se acrediten más días de cotización. Si finalmente, aun totalizando las cotizaciones, no se alcanza el derecho, se reconocerá, en caso de parto, el subsidio de naturaleza no contributiva a que se refiere la sección segunda de este capítulo.

En caso de disfrute compartido del permiso de maternidad deberá coincidir el número de días disfrutados en los dos empleos o actividades por el beneficiario que se encuentra en pluriempleo o pluriactividad.

7. Los trabajadores contratados a tiempo parcial tendrán derecho a la prestación económica por maternidad, con las particularidades establecidas en el Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como de la jubilación parcial, y con aplicación de las normas específicas previstas en este real decreto.

Dichas particularidades no serán de aplicación a los trabajadores contratados a jornada completa que, no obstante, disfruten los periodos de descanso por maternidad en régimen de jornada a tiempo parcial.

8. En el caso de trabajadores que sean responsables del ingreso de las cotizaciones, según lo establecido en la disposición adicional trigésima novena del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, será requisito imprescindible para el reconocimiento y abono de la prestación, que los interesados se hallen al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social, aunque el subsidio sea reconocido, como consecuencia del cómputo recíproco de cotizaciones, en un régimen de trabajadores por cuenta ajena.

A tal fin, será de aplicación el mecanismo de la invitación al pago previsto en el artículo 28.2 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por cuenta propia o Autónomos, cualquiera que sea el régimen de la Seguridad Social en que el interesado estuviese incorporado en el momento de acceder al subsidio o en el que se cause éste.

9. A efectos del reconocimiento del subsidio especial por parto, adopción o acogimiento múltiples, a que se refiere el artículo 6.2, tendrá la condición de beneficiario quien a su vez lo sea de la prestación económica por maternidad, siempre que disfrute un periodo de descanso de seis semanas inmediatamente siguientes al parto, adopción o acogimiento múltiples. Dicho subsidio únicamente podrá percibirse por uno de los progenitores o acogedores, que, en caso de parto, se determinará por opción de la madre y en caso de adopción o acogimiento por acuerdo de los interesados.
10. La percepción del subsidio por maternidad es incompatible con el abono de salarios o retribuciones correspondientes al mismo período, como consecuencia del disfrute del permiso por parto o del permiso por adopción o acogimiento, previstos en el artículo 49. a) y b), respectivamente, del Estatuto Básico del Empleado Público, con excepción de las percepciones concedidas en concepto de acción social o las complementarias de la mencionada prestación de Seguridad Social, y sin perjuicio de las especialidades previstas en este real decreto en los supuestos de disfrute del descanso a tiempo parcial y en los casos de pluriempleo y pluriactividad.

Artículo 6.- Prestación económica

1. La prestación económica por maternidad consistirá en un subsidio equivalente al 100 por 100 de la base reguladora correspondiente, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7.
2. En caso de parto múltiple y de adopción o acogimiento de más de un menor, realizados de forma simultánea, se concederá un subsidio especial por cada hijo o menor acogido, a partir del segundo, igual al que corresponda percibir por el primero, durante el periodo de seis semanas inmediatamente posteriores al parto, o, cuando se trate de adopción o acogimiento, a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

Artículo 8.- Nacimiento, duración y extinción del derecho

1. Se tendrá derecho al subsidio por maternidad a partir del mismo día en que dé comienzo el periodo de descanso correspondiente, de acuerdo con las normas aplicables en cada caso.
2. La duración del subsidio por maternidad será equivalente a la de los periodos de descanso que se disfruten, de acuerdo con lo previsto en el artículo 48.4 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y a la de los permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, a que se refieren los párrafos a) y b) del artículo 49 del Estatuto Básico del Empleado Público.

Cuando el subsidio por maternidad sea compartido, éste se abonará a cada beneficiario durante la parte de los periodos de descanso, mencionados en el párrafo anterior, que hayan sido disfrutados efectivamente por cada progenitor, adoptante o acogedor. La percepción del subsidio podrá efectuarse, en estos casos, de forma simultánea o sucesiva con el del otro progenitor.

3. Con carácter general, el subsidio por maternidad tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas, que, en los casos de parto, adopción o acogimiento múltiples se ampliará en dos semanas por cada hijo o menor a partir del segundo. Asimismo, en el supuesto de discapacidad del hijo, se ampliará la duración del subsidio en dos semanas adicionales y en los casos de hospitalización del neonato a continuación del parto podrá ampliarse hasta un máximo de trece semanas. Todo ello sin perjuicio de lo previsto en el artículo 3.3.

A la duración prevista en los supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples se acumulará, en su caso, la duración adicional de dos semanas por discapacidad de cada hijo o menor adoptado o acogido, así como el período de ampliación que corresponda en casos de hospitalización del neonato a continuación del parto. No obstante, en supuestos de parto múltiple, no procederá acumular los períodos de hospitalización de cada uno de los hijos cuando dichos períodos hubieran sido simultáneos.

4. En el supuesto de fallecimiento del hijo, la duración de la prestación económica no se verá reducida, salvo que, una vez finalizadas las seis semanas posteriores al parto, la madre solicitara reincorporarse a su puesto de trabajo. En este último caso, quedará sin efecto la opción ejercida por la madre en favor del otro progenitor.

Lo dispuesto en el párrafo anterior será de aplicación aun cuando el feto no reúna las condiciones establecidas en el artículo 30 del Código Civil para adquirir la personalidad, siempre que hubiera permanecido en el seno materno durante, al menos, ciento ochenta días.

En el caso de fallecimiento de hijos adoptados o de menores acogidos tampoco se verá reducida la duración de la prestación económica, salvo que los adoptantes o acogedores soliciten reincorporarse a su puesto de trabajo. En este caso, si el periodo de descanso estaba distribuido entre ambos adoptantes o acogedores, la parte no consumida por uno de ellos no se acumulará al periodo disfrutado por el otro.

5. Cuando la madre hubiera optado por que el otro progenitor disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso por maternidad y, una vez iniciado el efectivo disfrute, éste falleciera antes de haberlo completado, la madre podrá ser beneficiaria del subsidio por la parte del periodo de descanso que restara hasta alcanzar la duración máxima correspondiente, incluso aunque aquella ya se hubiera reincorporado al trabajo con anterioridad.

La misma norma se aplicará en los supuestos de adopción y acogimiento, si falleciera uno de los adoptantes o acogedores beneficiario del subsidio por maternidad, siempre que el otro adoptante o acogedor superviviente reúna los requisitos para causar derecho a dicho subsidio y disfrute del descanso o permiso correspondiente.

6. Asimismo, en el caso de que ambos progenitores trabajen, cuando la madre, al iniciarse el periodo de descanso por maternidad, haya optado por que el otro progenitor disfrute de una parte de dicho periodo, éste

podrá seguir haciendo uso del periodo de suspensión por maternidad inicialmente cedido y percibir, si reúne los requisitos, el correspondiente subsidio, aunque en el momento previsto para la reincorporación de la madre al trabajo ésta se encuentre en situación de incapacidad temporal.

7. En el supuesto de discapacidad del hijo o del menor acogido, cuando ésta se valore en un grado igual o superior al 33 por 100, de conformidad con el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, el subsidio tendrá una duración adicional de dos semanas. En caso de que ambos progenitores, adoptantes o acogedores trabajen, el periodo adicional de percepción del subsidio se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo simultánea o sucesivamente y siempre de forma ininterrumpida.

Quedará acreditada dicha discapacidad si, por aplicación de la escala de valoración de los grados y niveles de dependencia, específica para menores de 3 años, la valoración es, al menos, del grado 1 moderado, conforme a lo establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Cuando el grado de discapacidad no haya sido determinado, tratándose de recién nacidos, será suficiente un informe del servicio público de salud o un informe médico de un hospital público o privado, en este último caso avalado por el servicio público de salud, en el que se haga constar la discapacidad o su posible existencia.

8. Las situaciones de huelga y cierre patronal no impedirán el reconocimiento y percepción del subsidio por maternidad.
9. En los casos de partos prematuros y en aquellos otros supuestos en que el neonato precise hospitalización a continuación del parto, podrá interrumpirse el disfrute del permiso de maternidad y la percepción del correspondiente subsidio, a petición del beneficiario, una vez completado el periodo de descanso obligatorio para la madre de seis semanas posteriores al parto. El permiso se podrá reanudar a partir de la fecha del alta hospitalaria del menor, por el periodo que reste por disfrutar. No se interrumpirá la percepción del subsidio por maternidad si durante el periodo de percepción del mismo se extingue el contrato de trabajo del beneficiario o se produce el cese de la actividad. En caso de fallecimiento de la madre, el otro progenitor podrá interrumpir el disfrute del permiso incluso durante las seis semanas siguientes al parto.

Si, en los mismos supuestos antes indicados, la hospitalización tiene una duración superior a siete días, se ampliará la duración del permiso por maternidad en tantos días como el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, con un máximo de trece semanas adicionales. Esta ampliación tendrá lugar aun cuando el beneficiario haya decidido interrumpir el disfrute del mencionado permiso, de acuerdo con lo señalado en el párrafo anterior. El disfrute del periodo adicional del subsidio corresponderá a la madre o, a opción de la misma, al otro progenitor, si reúne los requisitos necesarios y disfruta del descanso.

10. Para las personas incluidas en el ámbito de aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público, en los supuestos de hospitalización del neonato a continuación del parto a los que se refiere el apartado anterior, se ampliará la duración del permiso de maternidad en tantos días como el neonato se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales, con independencia de la duración mínima del periodo de hospitalización y de su causa.
11. A efectos de la ampliación del periodo de descanso por maternidad que corresponda, de acuerdo con lo dispuesto en los apartados 9 y 10 anteriores, en los casos en que el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, serán tenidos en cuenta los internamientos hospitalarios iniciados durante los treinta días naturales siguientes al parto.
12. El derecho al subsidio por maternidad se extinguirá por alguna de las siguientes causas:
 - a) Por el transcurso de los plazos máximos de duración de los periodos de descanso referidos en los apartados anteriores de este artículo.
 - b) Cuando el periodo de descanso sea disfrutado exclusivamente por uno de los progenitores, por la reincorporación voluntaria al trabajo del beneficiario del subsidio con anterioridad al cumplimiento del plazo máximo de duración del mencionado periodo de descanso.
 - c) En el supuesto de disfrute sucesivo o simultáneo por ambos progenitores, por la reincorporación voluntaria al trabajo de uno de ellos o de ambos, con anterioridad al cumplimiento de los plazos máximos de duración de los periodos de descanso correspondientes. En este caso, la parte que restase para completarlos incrementará la duración del subsidio a que tuviera derecho el otro beneficiario, sin perjuicio de lo establecido en los párrafos primero y tercero

del apartado 4 de este artículo, en caso de fallecimiento de hijos o menores acogidos y en el artículo 9, respecto de la necesidad de que la madre, en caso de parto, ejercite la opción a favor del otro progenitor al iniciarse el periodo de descanso por maternidad.

- d) Por el fallecimiento del beneficiario, salvo que pueda continuar en el disfrute del periodo de descanso el progenitor sobreviviente, según las condiciones legales o reglamentariamente establecidas.
- e) Por adquirir el beneficiario la condición de pensionista de jubilación o por incapacidad permanente, sin perjuicio del disfrute del periodo de descanso restante por el otro progenitor.

En los supuestos previstos en los anteriores párrafos b) y c), no cabrá la reincorporación de la madre al trabajo, en caso de parto, hasta que hayan transcurrido las seis semanas posteriores a aquél, establecidas como de descanso obligatorio.

Artículo 9.- Opción en favor del otro progenitor

1. En virtud de lo establecido en el artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores y en el artículo 49.c) del Estatuto Básico del Empleado Público, en el caso de que ambos progenitores trabajen, el otro progenitor podrá percibir el subsidio por maternidad siempre y cuando la madre, al iniciarse el periodo de descanso por maternidad, haya optado por que aquél disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre.

No obstante, dicha opción podrá ser revocada por la madre si sobrevinieren hechos que hagan inviable su aplicación, tales como ausencia, enfermedad o accidente del otro progenitor, abandono de familia, separación, violencia de género u otras causas análogas.

2. En supuestos de pluriempleo o de pluriactividad de la madre, la opción que realice para el disfrute de parte del descanso en favor del otro progenitor deberá ser coincidente, en cuanto al número de días cedidos, en los dos empleos o actividades.
3. En los casos de parto, cuando ambos progenitores compartan los periodos de descanso, no procederá el reconocimiento de un subsidio por riesgo durante la lactancia natural, en tanto no se hayan agotado totalmente dichos periodos, cualquiera que fuere el progenitor que los disfrute.

A tal efecto, quedará anulada la opción ejercitada por la madre en favor del otro progenitor y aquella deberá reanudar el disfrute de la parte que reste del permiso por maternidad cuando, habiéndose reincorporado al trabajo, se aprecie la existencia de riesgo durante la lactancia natural que dé lugar a la suspensión de la actividad laboral.

Artículo 12.- Gestión de las prestaciones económicas por maternidad

1. Las prestaciones económicas por maternidad serán gestionadas directamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, excepto para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, cuya gestión corresponderá al Instituto Social de la Marina.
2. El pago del subsidio será realizado directamente por la entidad gestora, sin que quepa fórmula alguna de colaboración en la gestión por parte de las empresas.
3. El pago del subsidio se realizará por periodos vencidos. El subsidio especial, en caso de parto múltiple, será abonado en un solo pago al término del periodo de seis semanas posteriores al parto y, en los supuestos de adopción o acogimiento múltiples, al término de las seis semanas inmediatamente posteriores a la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituye la adopción.

Artículo 13.- Informe de maternidad

1. El facultativo del servicio público de salud que atienda a la trabajadora embarazada expedirá un informe de maternidad en el que se certificarán, según los casos, los siguientes extremos:
 - a. Fecha probable del parto, cuando la trabajadora inicie el descanso con anterioridad a aquél.
 - b. Fecha del parto.
2. El informe de maternidad constará de un original y tres copias. Se entregará a la trabajadora el original y una copia con destino a su empresa, otra copia se tramitará a la inspección de servicios sanitarios u órgano equivalente del servicio público de salud correspondiente y la última quedará en poder del facultativo. Las trabajadoras por cuenta ajena entregarán la copia correspondiente en la empresa, en un plazo de siete días.

En el caso contemplado en el artículo 10.2, cuando la trabajadora se encontrara en la situación de incapacidad temporal, el facultativo deberá extenderle, simultáneamente, un parte de alta médica por inicio de la situación de maternidad.

3. El servicio público de salud remitirá a la Entidad gestora el informe de maternidad y el parte de alta médica regulados en este artículo, en el plazo de los cinco días naturales siguientes al de su expedición.

Artículo 14.- Solicitud de la prestación económica por maternidad y resolución de la misma

1. El procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación por maternidad se iniciará a instancia del interesado, mediante solicitud dirigida a la Dirección provincial competente de la correspondiente Entidad gestora, según el régimen de encuadramiento, de la provincia en que aquél tenga su domicilio.

Las solicitudes se formularán en los modelos normalizados establecidos por la Administración de la Seguridad Social y deberán contener los datos y circunstancias que establece el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Expresamente, en las solicitudes se indicará el motivo de las mismas, la fecha de inicio y la distribución prevista del periodo de descanso de cada uno de los beneficiarios, así como los datos relativos a la empresa o empresas, si se tratase de trabajadores por cuenta ajena.

2. A la solicitud deberán acompañarse preceptivamente los documentos que a continuación se indican, excepto los que ya se hayan aportado para la tramitación de un subsidio por paternidad por los mismos hijos o menores acogidos:
 - a. En caso de maternidad y parto múltiple:
 - El informe de maternidad expedido por el correspondiente servicio público de salud, al que se refiere el artículo anterior, cuando la entidad gestora no disponga de él.
 - Libro de Familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil, siempre y cuando no haya sido transmitido este dato por el Registro Civil. Cuando el descanso se haya iniciado con anterioridad al parto, tales documentos deberán acompañarse una vez practicada la inscripción registral del hijo.

- Certificación de cotizaciones a la Seguridad Social de la última o últimas empresas o acreditación de la cotización con los recibos del abono de cuotas, si el causante es el obligado a su ingreso, cuando sean necesarias para acreditar el periodo mínimo de cotización, para determinar la cuantía de la prestación o el requisito de estar al corriente en el pago de las cuotas.
 - En el caso de que la madre no tuviese derecho a suspender su actividad profesional con derecho a prestaciones, en los términos previstos en el artículo 3.4, y el otro progenitor suspenda su contrato de trabajo o su actividad por el periodo de descanso que hubiera correspondido a la madre, se exigirá justificante o certificado que acredite la inexistencia de derecho a prestaciones en su sistema de previsión privado o, en su caso, justificación de que no procede la inclusión de la interesada en una mutualidad de previsión alternativa.
- b. En el supuesto de fallecimiento de la madre, el solicitante deberá adjuntar el certificado de defunción de aquella, cuando no haya sido transmitido este dato a la entidad gestora por el Registro Civil.
- c. Si la madre ejercita este derecho, opción en favor del otro progenitor para que éste disfrute una parte del periodo de descanso.

En este caso, así como en el de fallecimiento de la madre, deberán adjuntarse también los datos o justificantes relativos a la cotización del interesado, a efectos del cálculo del subsidio, así como la certificación de la empresa en la que conste la fecha de inicio de la suspensión laboral.

- d. En los supuestos de adopción o acogimiento de uno o más menores, deberá aportarse:
- La resolución judicial por la que se constituye la adopción o la resolución administrativa o judicial por la que se concede el acogimiento familiar, ya sea permanente, preadoptivo o simple, y aunque dichos acogimientos sean provisionales.

Si se trata de acogimiento simple, deberá constar que su duración es, al menos, de un año.

Cuando se trate de adopción o acogimiento internacional, en los supuestos en que sea necesario el desplazamiento previo de los adoptantes o acogedores al país de origen del adoptado, se

aportará la documentación emitida por el órgano competente de la comunidad autónoma, en la que se justifique el inicio de los trámites necesarios para la adopción o el acogimiento, al objeto de perfeccionar éstos.

- Cuando se trate de adopción o acogimiento de menores, mayores de seis años, los trabajadores incluidos en el ámbito de aplicación del Estatuto de los Trabajadores, deberán presentar certificación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales u órgano competente de la comunidad autónoma respectiva, si los menores son discapacitados, acreditativa de que el adoptado o acogido presenta un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, o certificación de la entidad pública competente en materia de protección de menores, acreditativa de que el adoptado o acogido, por sus circunstancias personales o por provenir del extranjero, tiene especiales dificultades de inserción social o familiar.
 - Certificación de cotizaciones a la Seguridad Social de la última o últimas empresas, o acreditación de la cotización con los recibos del abono de cuotas, si el causante es el obligado a su ingreso, cuando sean necesarias para acreditar el periodo mínimo de cotización, para determinar la cuantía de la prestación o el requisito de estar al corriente en el pago de las cuotas.
 - Certificación de la empresa o administración pública en la que conste, respectivamente, la fecha de inicio de la suspensión laboral o del permiso.
- e. Conforme a lo establecido en el artículo 8.7, en los supuestos de discapacidad de los hijos o menores acogidos, menores de tres años, deberá presentarse certificación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales u órgano de la comunidad autónoma respectiva, acreditativa de que la discapacidad es igual o superior al 33 por 100, o de que la valoración del grado y nivel de dependencia es, al menos, del grado I moderado, conforme a la escala de valoración específica para menores de tres años.

Esta certificación podrá sustituirse, cuando se trate de recién nacidos, por un informe médico del servicio público de salud o de un hospital público o privado, en este último caso avalado por el servicio público de salud, en el que se haga constar la discapacidad o su posible existencia.

- f. Documento que acredite el previo acuerdo con el empresario, cuando el periodo de descanso se disfrute en régimen de jornada a tiempo parcial. En caso de que ambos progenitores, adoptantes o acogedores pacten esta modalidad de jornada, cada uno deberá aportar dicho documento acreditativo.

Cuando sea un trabajador por cuenta propia quien pretende disfrutar del período de descanso en régimen de actividad a tiempo parcial, compatibilizándolo con el subsidio, documento acreditativo del interesado en el que se recojan los términos precisos en que se realizará el régimen de parcialidad de la actividad y la percepción del subsidio.

Si, conforme a lo establecido en la disposición adicional primera de este real decreto, la distribución inicialmente acordada o declarada del disfrute del periodo de descanso se modifica, dicha circunstancia deberá ponerse en conocimiento de la entidad gestora con carácter inmediato.

- g. En caso de internamiento hospitalario del recién nacido que dé lugar a la ampliación del periodo de descanso, de acuerdo con lo previsto en el párrafo segundo del apartado 9 y en el apartado 10 del artículo 8, documento expedido por el centro hospitalario acreditativo de dicha hospitalización, en el que se especifiquen las circunstancias que, afectando al recién nacido, determinan dicho internamiento, así como las fechas de su inicio y de su finalización.
 - h. Los trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por cuenta propia o Autónomos, con excepción de los incluidos en el Sistema Especial de Trabajadores por cuenta propia Agrarios y de los trabajadores autónomos económicamente dependientes, presentarán, si la Entidad gestora lo estima conveniente, una declaración de situación de la actividad.
3. A la vista de la documentación presentada o de los datos acreditados y, una vez comprobados todos los requisitos exigidos para acceder al subsidio, el Director provincial competente de la correspondiente Entidad gestora dictará resolución expresa y la notificará, en el plazo de treinta días, contados desde la recepción de la solicitud del interesado, a efectos del reconocimiento o denegación del derecho a la prestación económica por maternidad.

No obstante lo anterior, el subsidio podrá reconocerse mediante resolución provisional, en los términos indicados en el artículo 7. Excepcionalmente, en los supuestos en que se hubiera iniciado la actividad en la empresa en el mes anterior al del hecho causante, será necesario presentar un certificado de la empresa en el que conste la correspondiente base de cotización, que será la que se considere a efectos del cálculo de la prestación. Se actuará del mismo modo, cuando el trabajador esté contratado a tiempo parcial y no sea posible determinar la base reguladora, o en los casos en los que las empresas hayan sido autorizadas por la Tesorería General de la Seguridad Social a diferir el ingreso de las cuotas con posterioridad al mes siguiente.

4. La solicitud de interrupción de la percepción del subsidio por maternidad, en los casos previstos en el párrafo primero del artículo 8.9, deberá efectuarse por la madre o por el otro progenitor del recién nacido, según quién sea o vaya a ser beneficiario de la prestación, debiendo acreditar la interrupción de la suspensión del contrato de trabajo o el cese de la actividad, así como la existencia de hospitalización del menor mediante el documento correspondiente del centro hospitalario, en el que consten las circunstancias exigidas en el párrafo 7.º del apartado 2 de este artículo.
5. La entidad gestora podrá iniciar de oficio el procedimiento para el reconocimiento del subsidio por maternidad, cuando disponga de los datos suficientes para ello, debiendo comunicar al interesado dicha circunstancia en el plazo de quince días contados desde el día siguiente al del hecho causante.

F. Lactancia

A la hora de hablar de un tema como es el de la lactancia, tenemos como ejemplo claro el artículo 37.4 del Estatuto de los Trabajadores en el cual se establece lo siguiente: “Las trabajadoras, por lactancia de un hijo menor de nueve meses, tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones. La duración del permiso se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple.

La mujer, por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad o acumularlo en jornadas completas en los términos previstos en la negociación colectiva o en el acuerdo a que llegue con el empresario respetando, en su caso, lo establecido en aquélla.

Este permiso podrá ser disfrutado indistintamente por la madre o el padre en caso de que ambos trabajen”.

Cabe señalar como aspecto interesante que en el artículo del Estatuto no se observa distinción entre lactancia materna o artificial, adopción o guarda legal.

Otro aspecto a destacar es que se puede acumular el permiso retribuido, para su disfrute en jornadas completas a través de la negociación colectiva o por acuerdo con la empresa. Así, el derecho a la acumulación surge del convenio colectivo que regule la relación contractual o del pacto con la empresa, ya que se autoriza la posibilidad de la acumulación, pero la hace depender del convenio colectivo firmado o del acuerdo existente con la empresa con la cual se establezca la relación laboral.

El apartado 6 del artículo 37 dispone que “la concreción horaria y la determinación del período de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada corresponderá al trabajador, dentro de su jornada ordinaria. El trabajador deberá preavisar al empresario con quince días de antelación la fecha en que se reincorporará a su jornada ordinaria”.

Hay que señalar que la jornada laboral se encuentra limitada por un horario de entrada y salida, por lo que el permiso retribuido debe tener lugar dentro de su duración; sin embargo, la reducción de jornada será al inicio o a la finalización de ésta, no dentro de su duración.

G. Permisos

Como permisos hablaremos de los permisos de maternidad y de aquellos que se obtienen para la asistencia/ realización de los distintos exámenes prenatales que fueran pertinentes y a nivel jurídico viene regulada por la Directiva 92/85/CEE Del Consejo de 19 de octubre de 1992 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

a. Directiva 92/85/CEE Del Consejo de 19 de octubre de 1992

Artículo 8

- Permiso de maternidad
 1. Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para que las trabajadoras a que se refiere el artículo 2 disfruten de un permiso de maternidad de como mínimo catorce semanas ininterrumpidas, distribuidas antes y/o después del parto, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales.

2. El permiso de maternidad que establece el apartado 1 deberá incluir un permiso de maternidad obligatorio de como mínimo dos semanas, distribuidas antes y/o después del parto, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales.

Artículo 9

- Permiso para exámenes prenatales

Los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para que las trabajadoras embarazadas a que se refiere la letra a) del artículo 2 disfruten, de conformidad con las legislaciones y/o prácticas nacionales, de un permiso sin pérdida de remuneración para realizar los exámenes prenatales en caso de que dichos exámenes tengan lugar durante el horario de trabajo.

- b. Ahora bien, como legislación española referente a los permisos, tenemos por un lado, aquellos referentes a los permisos para la realización de exámenes prenatales, que serían los siguientes textos con sus artículos correspondientes:

- Estatuto de los Trabajadores

Art. 37.3.f) ET: recoge el derecho del trabajador, previo aviso y justificación al empresario, a ausentarse del trabajo con derecho a remuneración, “por el tiempo indispensable para la realización de exámenes prenatales y preparación al parto que deban realizarse durante la jornada de trabajo”.

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales

Art. 26.5 LPRL: “Las trabajadoras embarazadas tendrán derecho a ausentarse del trabajo con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso al empresario y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo”.

- Estatuto Básico del Empleado Público

Art. 48.1 apartado e) “Para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto por las funcionarias embarazadas”.

- c. Con referencia al permiso de maternidad, en el Estatuto de los Trabajadores encontramos lo siguiente:

- Permiso de maternidad

Art. 48.4 ET “En el supuesto de parto, la suspensión tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo. El período de suspensión se distribuirá a opción de la interesada siempre que seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto. En caso de fallecimiento de la madre, con independencia de que ésta realizara o no algún trabajo, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste del período de suspensión, computado desde la fecha del parto, y sin que se descuente del mismo la parte que la madre hubiera podido disfrutar con anterioridad al parto. En el supuesto de fallecimiento del hijo, el período de suspensión no se verá reducido, salvo que, una vez finalizadas las seis semanas de descanso obligatorio, la madre solicitara reincorporarse a su puesto de trabajo.

No obstante lo anterior, y sin perjuicio de las seis semanas inmediatamente posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, en el caso de que ambos progenitores trabajen, la madre, al iniciarse el período de descanso por maternidad, podrá optar por que el otro progenitor disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del período de descanso posterior al parto bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre. El otro progenitor podrá seguir haciendo uso del período de suspensión por maternidad inicialmente cedido, aunque en el momento previsto para la reincorporación de la madre al trabajo, ésta se encuentre en situación de incapacidad temporal.

En el caso de que la madre no tuviese derecho a suspender su actividad profesional con derecho a prestaciones de acuerdo con las normas que regulen dicha actividad, el otro progenitor tendrá derecho a suspender su contrato por el periodo que hubiera correspondido a la madre, lo que será compatible con el ejercicio del derecho reconocido en el ejercicio siguiente.

En los casos de parto prematuro y en aquéllos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, el período de suspensión podrá computarse, a instancia de la madre o, en su defecto, del otro progenitor, a partir de la fecha del alta hospitalaria.

Se excluyen de dicho cómputo las primeras seis semanas posteriores al parto, de suspensión obligatoria del contrato de la madre.

En los casos de partos prematuros con falta de peso y aquellos otros en que el neonato precise, por alguna condición clínica, hospitalización a continuación del parto, por un período superior a siete días, el período de suspensión se ampliará en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales, y en los términos en que reglamentariamente se desarrolle”.

En los supuestos de adopción y de acogimiento, de acuerdo con el artículo 45.1.d) de esta Ley, la suspensión tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliable en el supuesto de adopción o acogimiento múltiples en dos semanas por cada menor a partir del segundo. Dicha suspensión producirá sus efectos, a elección del trabajador, bien a partir de la resolución judicial por la que se constituye la adopción, bien a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento, provisional o definitiva, sin que en ningún caso un mismo menor pueda dar derecho a varios períodos de suspensión.

En caso de que ambos progenitores trabajen, el período de suspensión se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva, siempre con períodos ininterrumpidos y con los límites señalados.

En los casos de disfrute simultáneo de períodos de descanso, la suma de los mismos no podrá exceder de las dieciséis semanas previstas en los párrafos anteriores o de las que correspondan en caso de parto, adopción o acogimiento múltiples.

En el supuesto de discapacidad del hijo o del menor adoptado o acogido, la suspensión del contrato a que se refiere este apartado tendrá una duración adicional de dos semanas. En caso de que ambos progenitores trabajen, este período adicional se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva y siempre de forma ininterrumpida.

Los períodos a los que se refiere el presente apartado podrán disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial, previo acuerdo entre los empresarios y los trabajadores afectados, en los términos que reglamentariamente se determinen.

En los supuestos de adopción internacional, cuando sea necesario el desplazamiento previo de los progenitores al país de origen del adoptado,

el período de suspensión, previsto para cada caso en el presente apartado, podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción.

Los trabajadores se beneficiarán de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a la que hubieran podido tener derecho durante la suspensión del contrato en los supuestos a que se refiere este apartado, así como en los previstos en el siguiente apartado y en el artículo 48 bis.

- Así mismo, y en cuanto a materia de permisos, en el Estatuto Básico del Empleado Público, viene recogido lo siguiente en el artículo 49:

Artículo 49. Permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral y por razón de violencia de género.

En todo caso se concederán los siguientes permisos con las correspondientes condiciones mínimas:

- Permiso por parto: tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas. Este permiso se ampliará en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del hijo y, por cada hijo a partir del segundo, en los supuestos de parto múltiple. El permiso se distribuirá a opción de la funcionaria siempre que seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto. En caso de fallecimiento de la madre, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste de permiso.

No obstante lo anterior, y sin perjuicio de las seis semanas inmediatas posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, en el caso de que ambos progenitores trabajen, la madre, al iniciarse el periodo de descanso por maternidad, podrá optar por que el otro progenitor disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre. El otro progenitor podrá seguir disfrutando del permiso de maternidad inicialmente cedido, aunque en el momento previsto para la reincorporación de la madre al trabajo ésta se encuentre en situación de incapacidad temporal.

En los casos de disfrute simultáneo de periodos de descanso, la suma de los mismos no podrá exceder de las dieciséis semanas o de las que correspondan en caso de discapacidad del hijo o de parto múltiple.

Este permiso podrá disfrutarse a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades del servicio lo permitan, y en los términos que reglamentariamente se determinen.

En los casos de parto prematuro y en aquéllos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, este permiso se ampliará en tantos días como el neonato se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales.

Durante el disfrute de este permiso se podrá participar en los cursos de formación que convoque la Administración.

H. Reducción de jornada

Cuando se habla de reducción de jornada, esta se puede solicitar en los siguientes supuestos:

- a. Por razones de guarda legal quienes tengan a su cuidado directo:
 - A hijas o hijos menores de 12 años (según modificación introducida en el artículo 37.5, primer párrafo, del Estatuto de los Trabajadores, por el Real Decreto-ley 16/2013, de 20 de diciembre, de medidas para favorecer la contratación estable y mejorar la empleabilidad de los trabajadores).
 - En los casos de nacimientos de hijas o hijos prematuros o que, por cualquier causa, deban permanecer hospitalizados a continuación del parto, la madre o el padre tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario.

- b. A continuación señalaremos algunos aspectos prácticos y que consideramos a tener en cuenta, cuando se habla de reducción de jornada:
 - En el supuesto de reducción de jornada por cuidado de hijas o hijos, la duración máxima del permiso es hasta que cumpla 12 años.
 - Por ley, la reducción de jornada como mínimo debe ser un octavo (1/8) y como máximo la mitad (1/2) de la jornada.
 - Si la reducción no está dentro de estos márgenes se ha de reflejar en el documento de solicitud y concesión que la reducción tiene la misma protección que la prevista legalmente.
 - El salario se reduce de forma proporcional a la reducción de jornada, aunque hay empresas que bonifican las reducciones de jornadas en porcentajes variables, lo cual depende de los convenios de empresas colectivos que se hayan firmado.

- Si se disfruta una reducción de jornada en un octavo, el salario se reduce proporcionalmente en un octavo, si la reducción de la jornada es de la mitad de la jornada el salario se reduce a la mitad.
- La reducción salarial afecta tanto al salario base como a los complementos salariales que figuren en la nómina y por los que se cotice a la Seguridad Social.
- Es la trabajadora o el trabajador quien tiene la facultad de decidir la concreción horaria y la determinación del periodo de reducción de jornada.
- En el supuesto que no exista acuerdo sobre la concreción horaria o la determinación del periodo de disfrute del permiso, se debe presentar una demanda ante los Juzgados de lo Social para que se reconozca el ejercicio de este permiso, en el plazo de 20 días hábiles, a partir de que la empresa le comunique su negativa o su disconformidad con la propuesta realizada.
- El procedimiento será urgente y se le dará tramitación preferente, de acuerdo con lo previsto en la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.
- Para solicitar la reducción de jornada, la trabajadora o el trabajador deberán preavisar a la empresa con una antelación de quince días o la que se determine en el convenio colectivo aplicable, precisando la fecha en que iniciará y finalizará la reducción de jornada.
- Se puede ejercer este derecho en cualquier momento dentro del periodo de disfrute reconocido por la ley, hasta que el o la menor cumpla 12 años.
- La ley no exige que se haga por escrito, pero por razones de seguridad jurídica para la trabajadora o trabajador, es conveniente que la petición de reducción de jornada se haga siempre por escrito.
- En el escrito hay que hacer constar cuanto se va a reducir la jornada, el horario de trabajo que se propone realizar como consecuencia de la reducción de jornada y la fecha de inicio.
- No se exige ningún modelo oficial. No obstante existen modelos incorporados como anexos en algunos convenios colectivos.
- La ley obliga a la trabajadora o al trabajador a comunicar a la empresa con 15 días de antelación, la fecha en que se reincorporará a su jornada ordinaria de trabajo.

- Cualquiera de los progenitores puede solicitar la reducción de jornada independientemente de la situación laboral del otro, incluso ambos pueden solicitarla al mismo tiempo. La única excepción legal es en el caso de que ambos progenitores trabajen en la misma empresa y soliciten la reducción de jornada para cuidar de la hija o hijo o familiar, en cuyo caso la empresa podrá limitar este derecho a uno de ellos.

I. Excedencia

La excedencia por cuidados familiares podrá disfrutarse de forma fraccionada, es decir, por intervalos de tiempo, y constituye un derecho individual de los trabajadores, mujeres y hombres, por tanto la pueden disfrutar indistintamente, aunque alguno de ellos no sea trabajador por cuenta ajena. No obstante, si dos o más trabajadores de la misma empresa generasen este derecho por el mismo sujeto causante, la empresa podrá limitar su ejercicio simultáneo por razones justificadas de funcionamiento de la misma.

El periodo en que la trabajadora o trabajador permanezca en situación de excedencia será computable a efectos de antigüedad y tendrá derecho a la asistencia a cursos de formación profesional, a cuya participación deberá ser convocado por la empresa, especialmente con ocasión de su reincorporación.

Durante el primer año tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo.

Transcurrido dicho plazo, la reserva quedará referida a un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o categoría equivalente.

No obstante, cuando la persona trabajadora forme parte de una familia que tenga reconocida oficialmente la condición de familia numerosa, la reserva de su puesto de trabajo se extenderá hasta un máximo de 15 meses cuando se trate de una familia numerosa de categoría general, y hasta un máximo de 18 meses si se trata de categoría especial.

- a. La excedencia por cuidado de familiares se puede solicitar en los siguientes supuestos:
 - Por el cuidado de hijas o hijos menores de 3 años, en caso de nacimiento biológico, no se especifica la edad del menor en caso de adopción o acogimiento.
 - Por el cuidado de un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida.

En el supuesto de excedencia por cuidado de hijas e hijos la duración máxima son tres años a contar desde la fecha de nacimiento o, en su caso, de la resolución judicial o administrativa, para los casos de adopción o acogimiento tanto permanente como preadoptivo, aunque éstos sean provisionales y no hay inconveniente que se solicite para periodos inferiores (tres meses por ejemplo).

A la terminación del primer año de excedencia, la persona trabajadora puede reincorporarse a su mismo puesto de trabajo, ya que la ley establece que durante ese periodo se reservará su puesto de trabajo. Transcurrido dicho plazo se conserva también el derecho a la reserva del puesto de trabajo y por tanto el derecho al reingreso, pero en este caso sólo se tiene derecho al reingreso en un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o categoría equivalente. En caso de que se deniegue el acceso se considera despido y por tanto la trabajadora o el trabajador al que le hayan negado la reincorporación en la fecha prevista deberán demandar a la empresa en los veinte días siguientes a la fecha de denegación del reingreso.

La ley no exige que se haga por escrito, pero por razones de seguridad jurídica para la trabajadora o el trabajador, es conveniente hacer la petición de la excedencia por escrito. En el escrito hay que hacer constar la duración del periodo de disfrute de la excedencia, indicando la fecha de inicio y la fecha de finalización del mismo.

La ley no exige que la persona trabajadora manifieste su voluntad de reincorporarse con una determinada antelación, bastando con que solicite el reingreso en cualquier momento anterior a la terminación de la excedencia.

Es aconsejable comunicarlo a la empresa con un mínimo de quince días de antelación.

2.3. Aspectos éticos del trabajo de la matrona. Principios bioéticos. Modelos de toma de decisiones éticas. Valores, creencias y actitudes. Código de ética de la confederación internacional de matronas. Objeción de conciencia. Secreto profesional

A. Aspectos éticos del trabajo de la matrona. Principios bioéticos

Antes de comenzar a hablar sobre la bioética y dar una introducción sobre la misma, consideramos oportuno hacer una pequeña reseña histórica sobre la misma.

Fue en el año 1970 en EEUU cuando el bioquímico especialista en Oncología V. R. Potter acuña el término «bioética» (bioethics en Inglés) es un neologismo para referirse a la reflexión sobre aquellos problemas éticos planteados por las ciencias de la vida y de las relaciones entre los seres humanos y los demás seres vivos que nos rodean. La bioética sería una nueva disciplina que realiza la unión entre el conocimiento biológico o de los seres vivos (bíos) y el conocimiento de los valores de los seres humanos (éthos), trazando una conexión entre las ciencias y las humanidades. Dentro de ella, y por el tema general que nos atañe en la presente obra, ocupa un lugar destacado la llamada bioética clínica o asistencial, escenario principal donde podríamos incluir la asistencia, acompañamiento al proceso del embarazo, parto y puerperio, así como la atención sanitaria que prestan las matronas en todos los ámbitos asistenciales.

Si buscáramos una definición de la ética no sería sino la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos como fruto de la interacción con aquello que nos rodea.

Y si buscáramos una definición de bioética, sería acertado usar la que nos presta la Encyclopedia of Bioethics que la define como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”.

Al hilo de la bioética, en el año 1974, el Congreso de los EEUU creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos humanos de las personas incluidas en ensayos clínicos de investigación biomédica. Debido a esto, en el año 1978 se redactó el llamado Informe Belmont, que fue uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste informe se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficente y de la justicia. Un año mas tarde, Beauchamp y Childress introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como cuarto principio de la bioética.

La bioética como disciplina, se apoya en unos principios básicos que nos ayudan a entender mejor todos los aspectos que abarca. Así mismo los principios de la bioética (derivados del anteriormente citado Informe Belmont) resultan un buen instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones sanitarias. Tales principios son: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia.

a. Los cuatro principios de la bioética

- Principio de no maleficencia

Este principio ya fue formulado por Hipócrates: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño. De forma alguna se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos.

- Principio de beneficencia

Es otro de los principios clásicos hipocráticos. Se trata de la obligación de hacer el bien. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente).

Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el “bien” de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños.

- Principio de autonomía o de libertad de decisión

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética clínica actual.

- Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. Se pueden plantear conflictos no sólo entre miembros coetáneos de un mismo país, sino entre miembros de países diferentes (p. ej., acceso desigual a recursos naturales básicos), e incluso se habla de justicia para con las generaciones futuras.

B. Modelos de toma de decisiones éticas

En la vida cotidiana profesional y personal, con frecuencia enfrentamos situaciones conflictivas o dilemas que exigen decisiones. La necesidad de esa toma de decisiones ocurre frente a dilemas que surgen cuando se tienen dos o más alternativas que presentan condiciones de incertidumbre para actuar bien.

No todos los dilemas en la vida son de naturaleza ética, pero los dilemas éticos surgen cuando aspectos relacionados con la moral, con asuntos de conciencia, entran en conflicto con nuestra vida y demandan la toma de decisiones éticas.

Davis (1973) dice que «una de las mayores dificultades en los discursos éticos es que no existe una respuesta definida, precisa, para todos los dilemas éticos». Por esta razón, es necesaria la reflexión crítica con el propósito de indagar sobre la situación y ganar conocimiento para manejar los dilemas éticos en la forma más acertada posible.

Lo primero que se indica en los diferentes modelos para la toma de decisiones éticas es analizar la situación para responder:

- a. ¿Tenemos un dilema ético?

Dilema ético significa una situación que refleja posiciones, proposiciones o argumentos éticos en conflicto. El dilema ético presenta igualmente dos o más alternativas de solución que pueden ser satisfactorias o no satisfactorias.

Algunos dilemas éticos que podemos encontrar en la práctica profesional o en situaciones de la vida cotidiana surgen en situaciones que presentan conflicto, entre otras, las siguientes (especialmente identificadas en el campo de atención de salud):

- Conflicto entre dos principios éticos.

Por ejemplo, conflicto entre la autonomía de la persona para decidir si acepta o no un tratamiento y el principio de beneficencia que mantiene el médico, el profesional de salud, para aplicar el tratamiento que considera más adecuado para la situación de salud.

- Conflicto entre dos posibles acciones en las cuales hay algunas razones a favor y otras en contra de la acción.

Por ejemplo, aplicar medidas restrictivas a una persona que está fuera de control de sí misma. Si no se utilizan puede lesionarse, si se utilizan, se violenta su libertad al movimiento.

- Conflicto de evidencias.

La persona ha expresado sus deseos de no querer recibir tratamientos desproporcionados o extraordinarios cuando esté enferma. La familia, cuando el paciente no puede o está incapacitado para hacer valer sus deseos, pide que se apliquen todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas.

- Conflicto entre dos alternativas no satisfactorias.

La persona está en huelga de hambre y rechaza toda fuente de alimentación o hidratación. El médico con el apoyo judicial ordena forzar hidratación parenteral.

- Conflicto entre la ética personal y el rol profesional.

Por ejemplo, en la institución donde trabajo como enfermera practican tratamientos de esterilización. En este caso mis principios éticos entran en conflicto con la práctica de estos tratamientos, pero no al cuidar a los pacientes a quienes se les ha practicado.

- Conflicto entre la ética y la ley.

Por ejemplo, si la ley permite la eutanasia o el aborto y mis principios éticos van en contra de esos procedimientos, decido negarme a participar y tengo el derecho a hacer uso de la objeción de conciencia.

b. La segunda pregunta se orienta a indagar:

- ¿Qué información tenemos?
- ¿Qué información adicional necesitamos?
- ¿Qué información adicional necesitamos pero no podemos conseguir?

c. La tercera pregunta es decidir:

¿Qué método o modelo de toma de decisiones éticas vamos a utilizar?

d. A continuación presentamos algunos modelos de toma de decisiones éticas que se utilizan en enfermería y en otras profesiones de la salud y que describiremos a continuación.

- Modelo de toma de decisiones éticas de Thompson y Thompson.
- Modelos de Brody y Payton.
- Modelo de Curtin y Flaherty.
- Modelo deontológico y utilitarista, que describe Ann Davis.
- Modelo Bochum para la práctica ético-médica. Este modelo fue elaborado por el doctor Hans- Martin Saas y el doctor Heben Viefhues. Lo tradujo al español el doctor José Alberto Mainneti, para emplearlo en la escuela de Gonnet, Argentina.

e. Modelos de toma de decisiones:

- Modelo para la toma de decisiones éticas de Thompson y Thompson

Modelo elaborado durante los años 70 y se ha tomado como directriz para construir otros modelos de toma de decisiones éticas. Uno de los pasos clave de este modelo es identificar la decisión o decisiones que se deben tomar, de modo que las personas involucradas en este proceso dirijan hacia allá sus esfuerzos.

En el modelo no se depende de una sola persona para tomar la decisión. Quien hace la decisión final puede seguir los pasos indicados.

Fase 1. Revisar la situación para identificar los problemas, las decisiones que se requiere tomar, los aspectos éticos y las personas involucradas en la situación.

Fase 2. Recopilar información para clarificar la situación.

- Fase 3. Identificar el asunto de ética de la situación.
- Fase 4. Definir la posición moral y ética personal y profesional.
- Fase 5. Identificar la posición moral de las personas clave comprometidas en la situación.
- Fase 6. Identificar los conflictos de valores o de principios, si existen.
- Fase 7. Determinar quién debe tomar la decisión.
- Fase 8. Identificar el ámbito de las acciones y anticipar los resultados.
- Fase 9. Decidir sobre una conducta de acción, fundamentarla y ponerla en práctica.
- Fase 10. Revisar y evaluar los resultados de la decisión y la acción tomada.

- Modelos para la toma de decisiones éticas de Brody y Payton

A comienzos de los años 70 Howard Brody desarrollo los modelos utilitarista y el deontológico para la toma de decisiones éticas. Estos modelos han sido útiles en el análisis de las dimensiones éticas de situaciones relacionadas con la atención de salud, desde cualquier perspectiva teórica.

Rita Payton desarrolló el modelo pluralista para la toma de decisiones éticas, basado en los trabajos de Brody y tomando en consideración la naturaleza pluralista de muchas situaciones de atención en salud.

- Modelo para la toma de decisiones éticas de Curtin y Flaherty

- Información de antecedentes

- ¿Quiénes están comprometidos en la situación?
- ¿Qué información está disponible?, ¿científica, cultural, sociológica, psicológica?
- ¿Qué información adicional se requiere?
- Pertinencia de la decisión
- Identificación del componente ético:

Primero: ¿Es ésta una situación ética? (Utilice los criterios para decidir si es o no un asunto de ética).

No puede ser resuelta o tiene la respuesta en la explicación científica.

Es un asunto de naturaleza confusa.

Tiene implicaciones que tocan con varios aspectos de interés humano y emocional.

Segundo: ¿Qué principios de ética están involucrados en el dilema?

Respeto a la autonomía.

Justicia, equidad.

Beneficencia, bondad, benevolencia.

No maleficencia.

Tercero: ¿Cuál es el conflicto ético?

¿Es un caso de conflicto de derechos?

¿Están los deberes en conflicto con posibles resultados adversos?

¿Tiene que ver con mentir o decir la verdad?

¿Es un asunto de poder vs. autoridad?

Cuanto mayor sea la claridad de pensamiento que se obtenga en esta etapa, mejor será el análisis total.

- Personas comprometidas con la toma de decisiones

Se deben identificar todas las personas comprometidas con la toma de decisiones y la naturaleza de su compromiso debe especificarse. Algunas veces usted encuentra que la toma de decisiones éticas la debe asumir otra persona. Si esto es así, con base en su decisión, su dilema ético será: ¿cómo debe usted responder a la decisión de la otra persona? En otras palabras su decisión ética puede resultar u originarse en la decisión de otra persona.

Éstas son las preguntas que usted debe hacerse:

- ¿Quién tiene autoridad para la toma de decisión?
 - ¿Quién debe tomar la decisión, y por qué?
 - ¿Cuánta libertad tiene la persona para tomar la decisión?
- Opciones, posibles cursos de acción

En este punto de análisis se pide identificar todas las posibles opciones y también se deben proyectar, predecir (tan preciso como sea posible) las consecuencias probables de cada una de las opciones. Se deben identificar tanto las consecuencias buenas como aquellas que producirán daño.

Se identifican los principios y teorías morales y éticas que fundamentan cada opción. Por ejemplo:

- Utilitarista
- Deontológico
- Teoría basada en derechos humanos
- Ética personal o profesional
- Reconciliación de hechos y principios

En este punto se solicita reconocer que cada persona mantiene puntos de vista, principios, creencias y valores acerca de la situación.

Coloque todos estos asuntos en alguna forma de orden jerárquico, de modo que se pueda apreciar cuál es más importante en esta situación específica, aunque reconozca que los otros puntos tienen también importancia en alguna forma.

- Resolución, decisión

La resolución no necesariamente es la misma cosa que la acción que se adopta, la solución tiene que ver con la respuesta y reflexión que usted mismo hace acerca de:

- ¿Cuál teoría moral es la que considera mejor?
- ¿Qué opción está en concordancia con esta teoría?
- ¿Cuáles opciones puedo rechazar porque no son viables para mí?
- ¿Cuál opción es viable para mí?
- ¿El problema se resuelve mejor con mi participación o con mi posición de retirada? (Recuerde que también existe la decisión de no hacer nada)
- ¿La situación se puede resolver mejor para mí sometiéndola o dejándola a consideración de la autoridad o de un grupo de presión? ¿Cómo me siento si me quedo solo como un desertor?

- Acción

Lo que usted decida hacer, finalmente, puede o no estar influenciado por las costumbres sociales o exigencias legales.

Pero recuerde, ni la ley, ni las costumbres sociales son siempre correctas, desde lo ético, y no pueden confundirse con los estándares absolutos de rectitud y justicia.

- Modelo o protocolo de Bochum para la práctica ético médica
 - Identificación de hallazgos científicos
 - Identificación de hallazgos ético - médicos.
 - Conductas éticas frente a la situación de la persona (caso).
 - Reflexiones generales
 - Reflexiones en relación con la salud y el bienestar de la persona.
 - Reflexiones especiales
 - Información y autodeterminación del paciente.
 - El actuar médico (acto médico)
 - La responsabilidad médica.
 - Resumen
 - Preguntas adicionales para la valoración ética
 - En caso de tratamiento prolongado.
 - En caso de acentuada relevancia social. Complicaciones familiares, emocionales, económicas, profesionales.
 - En caso de investigación terapéutica.

f. Conclusiones

- La toma de decisiones éticas es un proceso que ayuda a analizar las situaciones con dilemas éticos para buscar la forma más adecuada de actuar bien frente a las responsabilidades como ciudadano, como profesional y en nuestros diferentes roles de la vida en familia y en la sociedad.
- La toma de decisiones éticas se fundamenta en la búsqueda y en el análisis de información objetiva, lo más completa y actualizada posible, relacionada con la situación que presenta un conflicto ético o bioético.

- El diálogo, la comunicación y la actitud respetuosa frente al otro u otros son elementos esenciales para la discusión, análisis y argumentación durante el proceso de toma de decisiones éticas.
- Es importante conocer y comprender el significado de los valores, conceptos y principios de ética, así como las corrientes éticas para fundamentar las decisiones.
- La toma de decisiones éticas permite revisar nuestros actos frente a los dilemas éticos que se presenten, y ayuda a buscar y mantener la necesaria coherencia entre nuestra forma de pensar y actuar.
- Durante los procesos educativos y de formación profesional es importante incluir conocimientos básicos y desarrollar habilidades para la toma de decisiones éticas.
- Los métodos, modelos o protocolos para la toma de decisiones éticas sirven de guía para pensar ordenadamente, por lo tanto, se deben seleccionar y aplicar con criterio, de forma razonada, no como pasos que automaticen o encasillen nuestra forma de pensar.

C. Valores, creencias y actitudes

Para tratar este epígrafe y para tratar de responder a varias preguntas al respecto.

a. ¿Qué entendemos por valores?

Son creencias generales que guían nuestras acciones y juicios en distintas situaciones. Están relacionados con actitudes, percepciones, necesidades y motivaciones y se desarrollan como consecuencia del aprendizaje. Por ejemplo: bueno/malo, correcto/incorrecto...

Los valores ayudan a mantener el equilibrio psicológico al enfrentarnos al medio externo: objetos, hechos o comportamientos son evaluados según nuestro sistema de valores.

La familia, educadores y grupos de referencia son los principales responsables en la configuración de los valores. Entre las personas pueden existir diferencias en cuanto al orden de prioridades de los valores.

Las categorías de los valores según describió Rokeach (1973) son:

- Terminales (metas o fines):
Reflejan las creencias acerca de los fines que se proponen alcanzar como una vida tranquila, autoconocimiento, amor pleno, sabiduría...

- Instrumentales

Reflejan las creencias sobre los medios que se han de emplear para alcanzar los fines, serían ejemplos: la ambición, honradez, independencia, esfuerzo...

Otro autor Allport et al (1951) habla de otras categorías:

- Teóricas

Interés por descubrir la verdad mediante el razonamiento y el pensamiento sistemático.

- Económicos

Interés por lo útil y práctico, acumular riqueza.

- Estéticos

Interés por la belleza, formas, armonía artística.

- Sociales

Interés por las personas y el amor como relación humana.

- Políticos

Interés por ganar poder e influencia sobre los demás.

- Religiosos

b. ¿Qué son las actitudes?

Según la literatura que manejen podemos encontrar diferentes acepciones, pero quizás la más acertada y tomando la definición de Allport (1935) sería el estado mental y neural de disposición para responder, organizada por la experiencia, que ejerce una influencia, directiva o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

- Las actitudes tienen una serie de componentes que describimos a continuación:

- Afectivo

Sentimiento y emociones hacia el objeto de la actitud si nos agrada/ desagrada, inspira amor/odio...).

- Cognoscitivo

Información que aceptamos de un objeto, un concepto o un hecho (adquirida por aprendizaje, observación, razonamiento...).

- Conativo

Tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo respecto al objeto.

- ¿Cómo se crean las actitudes?

Las actitudes tienen su origen en base a la interrelación de tres factores que a continuación describiremos:

- Información que recibimos del entorno que nos rodea.
- Grupo social con el que nos queremos identificar.
- Necesidades personales y la satisfacción de las mismas.

c. ¿Qué son las creencias de la salud?

Para explicar lo que son las creencias y más concretamente el Modelo Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM), explicar que es el modelo más antiguo y más utilizado en la descripción y promoción de las conductas de salud.

Su origen lo tenemos en la década de los 50, fue un grupo de psicólogos del Departamento de Salud Pública de los EEUU, encabezados por Hochbaum (1958), quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación de la sociedad pública en los distintos programas de detección y prevención de enfermedades.

Años más tarde, Rosenstock (1966) se encargó de desarrollar y ampliar el modelo, el cual fue modificado posteriormente por Becker y Maiman (1975) para dejarlo como actualmente lo conocemos.

El modelo de creencias de salud, es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (en inglés value expectancy). Lo cual quiere decir, aplicado al ámbito de la salud, que el valor o valoración será el deseo de evitar la enfermedad, mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada en términos de conducta o actividad saludable prevendrá o mejorará el proceso en sí (Rosenstock et al., 1994).

Este modelo de creencias de salud concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que tanto las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta concreta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de las llamadas conductas saludables.

A continuación, y desde un punto de vista teórico describimos los distintos componentes del llamado Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1966-1974).

- Factores que determinan la conducta de salud
 - Percepción de amenazas sobre la propia salud.
 - Valores generales sobre la salud.
 - Creencias sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad.
 - Creencias sobre la gravedad de la enfermedad.
 - Creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza
 - Creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir la amenaza.
 - Convicción de que los beneficios de la medida superan sus costos.

Creemos oportuno señalar como punto final de este epígrafe que las creencias, valores y actitudes se relacionan entre si y que, la manera en la que se articulen entre ellas, influye en la conducta de las personas.

- A modo de resumen del capítulo, describimos unas afirmaciones a tener en cuenta y entendiendo el objeto como todo aquello que nos rodea independientemente de la entidad, ámbito etc...:
 - Las personas elaboramos creencias en torno a los objetos de nuestros alrededor.
 - Todos los objetos son susceptibles de ser valorados por los sujetos.
 - Nuestras creencias y valores influyen en nuestra actitud hacia el objeto.

D. Código de ética de la confederación internacional de matronas

Los códigos deontológicos son una mezcla de principios éticos universales y de valores fuertemente mantenidos por “grupos específicos de profesionales”.

El Código Deontológico de la ICM (Internacional Confederation of Midwives) nació en la Junta Directiva de la Confederación Internacional de Matronas durante los años 80. El código comenzó a dibujarse como resultado de una serie de talleres que comenzaron en mayo de 1986 en Vancouver (Canadá) y continuaron en 1987 en La Haya (Países Bajos) y en 1991 en España.

El borrador final, el documento consensuado por el Comité Ejecutivo en Madrid, fue presentado al Consejo de la ICM en Vancouver, British Columbia (Cánada), y adoptado definitivamente el 6 de mayo de 1993.

La finalidad de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) es la mejora del nivel de atención sanitaria dispensada a la mujer, el recién nacido y a las familias de todo el mundo, mediante el desarrollo, la educación y la utilización adecuada de los conocimientos de la matrona como profesional. De acuerdo con su objetivo de favorecer la salud de las mujeres y dar a la matrona la importancia debida, la ICM presentó el siguiente código para orientar la enseñanza, la práctica y la investigación de la obstetricia. Este código reconoce a la mujer como persona, busca la justicia para todas las personas y la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, y se basa en relaciones mutuas de respeto y confianza y en la dignidad de todos los miembros de la sociedad.

A continuación, exponemos una transcripción literal del Código Deontológico de las Matronas formulado por la ICM.

a. El Código Deontológico de las matronas:

- Relaciones en la obstetricia
 - Las matronas respetan el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones basadas en una información adecuada y promueven una actitud responsable por parte de ésta respecto a los desenlaces derivados de su opción.
 - Las matronas trabajan con las mujeres, apoyando su derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su propio cuidado, dándole el poder de autorepresentarse en temas que repercuten su salud y la de su familia, dentro de su entorno cultural y social.
 - Las matronas, junto con las mujeres, trabajan con organismos que elaboran políticas y recaban fondos con objeto de definir las necesidades de las mujeres respecto de los servicios de salud y asegurar la justa distribución de los recursos, teniendo en cuenta su prioridad y disponibilidad.
 - Las matronas se apoyan y se sostienen mutuamente en sus funciones profesionales, y cultivan activamente el sentido de la autoestima, tanto en ellas mismas como en las demás personas.
 - Las matronas trabajan con otros profesionales de salud, realizando consultas y acudiendo a ellos siempre y cuando los cuidados requeridos excedan sus competencias.
 - Las matronas reconocen la interdependencia humana dentro de sus respectivos campos de actividad y buscan activamente la resolución de los conflictos inherentes en ellos.

- La matrona tiene responsabilidades ante sí misma como persona con valores morales, incluidos los deberes derivados de su dignidad moral y la preservación de su integridad.
- Práctica de la obstetricia
 - Las matronas suministran cuidados a las mujeres y a las familias con niños, respetando su diversidad cultural, a la par que abogan por la eliminación de las prácticas nocivas dentro de esas mismas culturas.
 - Las matronas fomentan en las mujeres expectativas realistas acerca del parto en el marco de su sociedad, asumiendo como expectativa mínima el que la mujer no deberá ser dañada a consecuencia de la concepción o del parto.
 - Las matronas aplican sus conocimientos profesionales con objeto de garantizar que los procedimientos del parto sean seguros en todos los entornos y culturas.
 - Las matronas responden a las necesidades psicológicas, fisiológicas, afectivas y espirituales de la mujer que solicita cuidados sanitarios, independientemente de sus circunstancias.
 - Las matronas sirven de eficaz ejemplo en la promoción de la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital, de las familias y de otros profesionales de salud.
- Responsabilidades profesionales de las matronas
 - Las matronas salvaguardan la confidencialidad de la información acerca del paciente a fin de proteger su derecho a la intimidad, y ejercen sus facultades si, a su juicio, deben compartir dicha información.
 - Las matronas son responsables de sus decisiones y actos, y se responsabilizan de los desenlaces relacionados con los cuidados prodigados a la mujer.
 - Las matronas pueden negarse a participar en actividades a las que se oponen en base a sus principios morales; pese a ello, el énfasis en la conciencia de cada individuo no deberá impedir que la mujer obtenga los servicios sanitarios esenciales.
 - Las matronas comprenden las consecuencias adversas que las violaciones de los derechos éticos y humanos tienen sobre la salud de la mujer y el niño, y trabajarán para acabar con tales violaciones.
 - Las matronas participan en el desarrollo y aplicación de políticas sanitarias tendientes a promover la salud de todas las mujeres y familias con niños.

- Avances en conocimientos y práctica de la obstetricia
 - Las matronas son garantía de que los avances en conocimientos acerca de la obstetricia se basan en actividades que protegen los derechos de la mujer como persona.
 - Las matronas desarrollan y comparten conocimientos en obstetricia mediante procesos diversos, como la revisión de conocimientos adquiridos y la investigación.
 - Las matronas participan en la educación de los estudiantes de obstetricia matronas.

E. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia se trata de un enfrentamiento entre un deber moral o de justicia y un deber legal. De un modo general, la objeción de conciencia se puede considerar como una forma de resistencia hacia una norma legal, siempre que esta reserva se produzca por la aparición de un conflicto entre las obligaciones morales, religiosas o de justicia de la persona y el cumplimiento de un precepto legal.

Visto de otra forma “es el incumplimiento de una obligación de naturaleza personal, cuya realización produciría en el individuo una lesión grave de la propia conciencia o, si se prefiere, de sus principios de moralidad”. Para poder diferenciar la objeción de conciencia de otras figuras, es importante tener en cuenta que lo que el objetor de conciencia persigue, no es obstruir u obstaculizar el cumplimiento social de la norma legal, sino obtener el legítimo respeto a su propia conciencia.

El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia ha sido uno de los logros más importantes de finales del S. XX, en el ámbito de los derechos humanos. Un paso decisivo en tal reconocimiento legal lo representa la Resolución 337 de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa, de 1967. En ella se establece que la objeción de conciencia ampara cualquier “convicción profunda de orden religioso, ético, moral, humanitario, filosófico o de otro tipo de la misma naturaleza”, afirmando, de forma expresa, que el reconocimiento de la objeción de conciencia deriva, lógicamente, de los derechos fundamentales del individuo, garantizados en el art. 9 de la Convención Europea de Derechos Humanos (derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión). Dicha convención obliga a los Estados miembros a respetar las libertades individuales de conciencia y religión. Por su parte, la Constitución europea reconoce, expresamente, el derecho fundamental a la objeción de conciencia en el artículo II-70.

Por lo tanto, “estos derechos no son concesiones que el Estado hace sino exigencias interiores que dimanen del ser personal y que el Estado, si obra correctamente, no puede menos que reconocer”.

Actualmente, el derecho a la objeción de conciencia está permitiendo también (en aquellos países en los que el Estado de Derecho garantiza el respeto a las libertades individuales) que aquellos profesionales sanitarios que no están dispuestos a cooperar en la muerte de otras personas, puedan abstenerse de participar en la realización de abortos o en procesos de eutanasia.

En nuestro país, la objeción de conciencia está relacionada con el derecho fundamental a la “libertad ideológica y religiosa”, establecido por la Constitución Española en su artículo 16.1:

“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.

También tenemos la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que en su Art. 19.2, nos dice lo siguiente:

Admite el derecho de los profesionales sanitarios a la objeción de conciencia, como una decisión individual “del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito”.

Y por último, el Código Deontológico de Enfermería señala en su artículo 22, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún/a enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho, y en el Código Deontológico de las Matronas “Las matronas pueden negarse a participar en actividades a las que se oponen en base a sus principios morales; pese a ello, el énfasis en la conciencia de cada individuo no deberá impedir que la mujer obtenga los servicios sanitarios esenciales”.

F. Secreto profesional

El secreto profesional es un deber que conlleva al ejercicio de la profesión sanitaria, asumido de forma compartida o derivada por todos los profesionales que participan en la atención clínica sanitaria.

a. Existen a grosso modo tres tipos de secretos:

- Secreto natural, cuando la obligación de callar viene determinada por la misma naturaleza de la cosa.
- Secreto prometido, aquel que está mediado por la promesa de mantener algo oculto.
- Secreto confiado, cuando existe una condición previa de guardarlo. En este tipo incluiríamos el secreto profesional que es el que nos atañe en este epígrafe.

Se fundamenta en la ética profesional, así mismo está recogido en todos los códigos deontológicos y en la normativa legal, que reafirma el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la persona.

Están bajo secreto profesional, todos aquellos individuos que por razón de su profesión prestan unos servicios o son confidentes necesarios.

Abarca todo lo que la persona confía al personal sanitario y lo que éstos hayan podido conocer en base a su condición de confidentes, siendo responsables del secreto todos los miembros del equipo asistencial.

La legislación en ese sentido es clara y el simple acceso a la historia clínica sin autorización es un delito grave, castigado con no menos de dos años de prisión.

b. En el Código Penal encontramos los siguientes artículos:

Artículo 197

(...)

2. Las mismas penas [prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses] se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado.

Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero.

(...)

5. Igualmente, cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior.

Artículo 199

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.
2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

También es posible quebrar el secreto debido a la empresa.

Artículo 200

Lo dispuesto en este capítulo será aplicable al que descubriere, revelare o cediere datos reservados de personas jurídicas sin el consentimiento de sus representantes, salvo lo dispuesto en otros preceptos de este Código.

Llama la atención el hecho de que se considere delito el simple acceso no autorizado a la información y esto en el caso de los datos sanitarios es particularmente grave, pues no está determinado, de forma indubitada, por ejemplo, quien puede acceder a una Historia Clínica.

De igual forma se castiga el modificar o alterar los datos en perjuicio de un tercero.

Es el deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como médicos, personal sanitario, abogados, notarios, etc. de no descubrir, a terceros, los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión.

También podemos encontrar que la obligación de secreto en materia sanitaria se encuentra también establecida en el artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad: los usuarios tienen derecho «a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público».

También los códigos deontológicos de las diferentes profesiones sanitarias se refieren al deber de guardar secreto.

- c. En el Código Deontológico de Enfermería del año 1989 en el Capítulo III Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería expone que:

Artículo 19

La enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20

La enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21

Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Y en concreto, el Código Internacional de Ética de Matronas también nos dice: «Las matronas guardan confidencialmente la información que reciben del cliente, a fin de proteger el derecho de preservar la intimidad, y usan su juicio si es necesario compartir esta información».

- d. Hay que recordar que existen situaciones en que se considera que el profesional de enfermería no viola el secreto profesional:
- Cuando manifiesta a los miembros del equipo de salud algo que el paciente le ha confiado y de su revelación se presupone un bien para éste. Se debe guardar secreto de todo aquello que no haya necesidad de ser revelado.
 - Cuando el profesional sanitario se vea injustamente perjudicado.
 - En las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y accidentes.
 - Por imperativo judicial ante un tribunal de justicia o cuando responde a las demandas de la medicina o peritaje forense.

- Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio del propio paciente, otras personas o colectivos. En el caso del personal sanitario que, en su ejercicio profesional puede descubrir que el paciente con su conducta, intencional o no, pueda dañarse a sí mismo o a otras personas, se deberá valorar la seriedad del perjuicio y decidir si se revela el secreto.
- Ante cualquier delito del que se tenga conocimiento en el ejercicio de la profesión, si no se comunica a la autoridad competente, se incurrirá en falta e incluso en delito, según el artículo 450 del Código Penal sobre la omisión de los deberes de impedir delitos o de promover su persecución. Este artículo habla de la obligatoriedad de comunicar cualquier delito a la autoridad judicial: «El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos...».

Actualmente, la atención a la mujer se realiza de forma conjunta por un equipo de salud, lo que obliga a que la situación de la mujer no sólo la conozca una persona, sino todas aquellas que colaboran en la labor asistencial, sanitarias o no. Todas las personas que, por conveniencia del paciente, conozcan su intimidad se encuentran obligadas a guardar secreto profesional.

Se denomina secreto médico derivado al deber de guardar secreto del personal no sanitario, que, indirectamente, por su trabajo administrativo o de gestión, conoce la problemática del paciente.

El deber de confidencialidad obliga también a la institución sanitaria en la que los profesionales de la salud desarrollan su trabajo, ya que las consecuencias de la revelación de datos pueden ser atribuidas a la institución, y ésta puede ser condenada al pago del resarcimiento por daños y perjuicios que por la revelación de datos se hayan producido.

Se puede hablar de un auténtico deber de secreto a cargo de la institución que afecta a todo el personal, sanitario o no, y que incluso afecta al personal de aquellas empresas subcontratadas (limpieza, seguridad y hostelería) que prestan sus servicios dentro del centro sanitario.

e. El derecho a la intimidad del individuo y el deber de secreto de toda persona que pueda tener conocimiento de los datos del proceso asistencial tiene diferentes repercusiones en los diversos ámbitos de derecho:

- Penal

Se tipifica este delito en el artículo 199 del Código Penal. Se prevén penas de prisión, multa pecuniaria e inhabilitación profesional en el caso de que se trate de un profesional sanitario.

- Administrativo

La comunicación o cesión de los datos de carácter personal, así como la vulneración del deber de guardar secreto, se consideran una infracción muy grave y se sanciona con una multa de 300.000 a 600.000 euros.

Está regulado, entre otros documentos, en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Civil

Resarcimiento por los daños y perjuicios que la vulneración del deber de guardar secreto haya producido.

La cuantía de la sanción se graduará atendiendo a la naturaleza de los derechos personales afectados, a los beneficios obtenidos, al grado de intencionalidad, a la reincidencia y a los daños y perjuicios causados a las personas interesadas.

Las personas interesadas son las que tienen derecho a ser indemnizadas.

- Laboral

Puede ser causa de despido disciplinario del trabajador según la interpretación del artículo 54.2 d del Estatuto de los Trabajadores.

2.4. Responsabilidades legales de la matrona. Responsabilidad civil y administrativa. Responsabilidad penal. Consentimiento informado. Lesiones al feto

A. Responsabilidades legales de la Matrona. Responsabilidad civil y administrativa

a. Responsabilidad civil

- Antes de comenzar a tratar el tema de la responsabilidad civil, consideramos necesario, hacer una distinción entre los distintos tipos de la misma que existen a efectos de los profesionales sanitarios:
- Contractual, derivada del incumplimiento de un contrato por parte de un profesional sanitario, esta responsabilidad viene regulada en el Código Civil español en los artículos 1.101 y sucesivos. Los grados de culpabilidad en nuestro derecho son:
 - Dolo, que es la voluntad consciente de producir un daño.
 - Culpa, consiste en la acción u omisión voluntaria, pero realizada sin maldad.
- Extracontractual, conocida también como Responsabilidad Aquiliana es aquella en la que sin existencia de una obligación y sin ningún antecedente de contrato entre las partes, se produce un daño o perjuicio que tiene su origen en una acción u omisión culpable solo desde el punto de vista civil. Este principio viene descrito en nuestro Código Civil en el artículo 1.902 que dice “El que por acción u omisión cause daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Son necesarios una serie de requisitos, tales como una acción u omisión, un nexo causal (consecuencia de la acción u omisión), la existencia de un daño (patrimonial o no patrimonial) y la culpabilidad.
- “Ex delicto”, es la responsabilidad derivada por daños ocasionados en la comisión de un delito o falta. Abordando el tema de la reparación del daño hay que señalar que en la responsabilidad civil el/los responsable/s ha/n de repararlo mediante una indemnización.

- Responsabilidad civil. Los requisitos generales de la responsabilidad civil los ha establecido la jurisprudencia basándose en el contenido del artículo 1.902 del Código Civil que regula la responsabilidad extracontractual, la cual hemos visto anteriormente.

Son los siguientes:

- Actuación del agente. Una acción u omisión humana que será la causa directa del daño producido.
- Actitud antijurídica. El acto ha de ser ilícito. En Derecho Civil, si un sujeto realiza una acción que causa daño a otro, su conducta se presume, en principio, antijurídica, y el resultado dañoso, injusto.
- Culpa. Es el elemento esencial que determina la existencia o no de responsabilidad extracontractual, que es una responsabilidad subjetiva. En tanto que en la contractual, que es una responsabilidad objetiva o por riesgo, no se requiere la culpabilidad del causante.

Son causas excluyentes de la responsabilidad civil:

- El caso fortuito y la fuerza mayor.
- La culpa del paciente.
- La intervención de un tercero.
- La falta de capacidad del agente.
- Daño o perjuicio. Se incluyen los daños materiales, corporales y morales.
- Relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño. Es necesaria por tanto ante una culpa o negligencia:
 - La existencia de una acción u omisión que pueda ser considerada como falta, por no haber tenido el agente la diligencia, el cuidado, la atención o la perseverancia exigibles, y con la reflexión necesaria, con vista a evitar el perjuicio de bienes ajenos.

Se deben considerar faltas sanitarias aquellos actos voluntarios o involuntarios, así como las omisiones, que se apartan de la *lex artis*, de los cuales se deriva un daño o perjuicio para otra persona. La falta se caracteriza, según el Tribunal Supremo, en algunas sentencias, además de por los requisitos comunes a todas las situaciones culposas, por dos notas fundamentales: primero, que el infractor no se conduzca como lo hubiera hecho cualquier persona cauta, previsora y diligente, extremando su

celo y diligencia y apurando de modo absoluto las precauciones y cautelas propias del caso, Y segundo, de carácter negativo, que radica en la vulneración de preceptos reglamentarios dictados por la autoridad competente para, en la actividad que se trate, evitar riesgos y conjurar todo peligro que pueda acabar desembocando en un detrimento de la vida, integridad corporal o patrimonio de las personas.

La base de la falta sanitaria es, por tanto, la presencia de una conducta con falta de diligencia y previsión, así como abandono de los deberes o contraprestaciones médicas o hacia el conjunto de normas que constituyen el buen hacer profesional, y que forman la *lex artis* de la profesión.

Esta *lex artis* de la profesión conforman las reglas de la técnica de actuación profesional y ha sido empleada para apreciar si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta, o se ajusta o no a lo que debe hacerse. En definitiva se corresponde con la actuación de “un buen profesional, un buen técnico”, que son sinónimos, según la doctrina del Tribunal Supremo, de que una actuación de un profesional ha sido correcta, diligente y adecuada técnicamente.

Para considerar un acto sanitario como falta será preciso un análisis detallado del acto concreto, y de si este acto se ajusta a las normas o reglas establecidas en el quehacer ortodoxo y habitual de la profesión, y en relación con el estado de los conocimientos y técnicas de la profesión en ese momento.

Por ello van a ser tipificadas como faltas sanitarias aquellas conductas que se hagan con negligencia, de forma imprudente o con falta de conocimientos o impericia manifiesta y que lleve consigo el no cumplir con algunos de los deberes sanitarios a los cuales se está obligado por la relación con el paciente y siempre que su actuación no sea conforme a la referida *lex artis*.

- Que se derive un resultado lesivo o dañoso.

Es el segundo elemento de la cadena de la responsabilidad, y se ha de derivar de la falta. Si se trata de exigir una reparación por una mala actuación del profesional, es necesario demostrar que ha existido el daño o perjuicio y que éste sea judicialmente reclamable. Sin que exista ese daño no es posible reclamar nada civilmente.

La culpa del sanitario y la relación causal entre la culpa y el daño corresponde probarlas al paciente o a sus herederos, pues en el ámbito sanitario queda descartada toda idea de responsabilidad más o menos objetiva.

No ocurre lo mismo que en materia penal, en la que la intencionalidad, aunque no vaya seguida de daño, es suficiente para poder ser sancionado.

En nuestro país, este elemento de la responsabilidad no ha sido fijado con detenimiento por el Tribunal Supremo por entender que la determinación de la indemnización, derivada de la valoración del daño, es cuestión de los Tribunales de Justicia.

El perjuicio resultante puede ser de varias clases:

- Moral.
- Material: como son los gastos derivados de honorarios profesionales, estancia hospitalarias y que afectan al patrimonio.
- Corporal: entendiéndose por tales los daños físicos, psíquicos, lesiones, secuelas y aquellas repercusiones psíquicas que no tienen una base orgánica y que son más difícilmente objetivables, como dolor, sufrimiento, pérdida de placer (en conjunto, a este segundo grupo, se le suele llamar también daños morales).

En todos los casos, y previamente a la indemnización, hay que hacer una valoración completa del daño corporal, y no hay criterios jurisprudenciales únicos ni baremos estandarizados para ese tipo de valoraciones. De entre los existentes en nuestro país tenemos el baremo de secuelas del seguro obligatorio del ramo del automóvil, y de los sistemas internacionales, el más completo y útil puede ser el de la AMA (Asociación Médica Americana), que permite una valoración por funciones y sistemas orgánicos, así como la valoración del menoscabo total de la persona.

El daño o el perjuicio resultante deben reunir una serie de condiciones para poder ser indemnizado por la vía civil. Ha de ser:

1. Verdadero: es decir, que el daño o perjuicio debe estar derivado del acto profesional cuestionado y catalogado como falta médica, y nunca puede estar derivado de la propia patología del paciente o de una evolución negativa posterior.
 2. Propio: el daño debe haber sido padecido por la persona que reclama. En caso de fallecimiento podrían reclamar los familiares o herederos.
 3. Actual: el daño debe ser valorado en el momento de emitir la sentencia y se puede considerar la previsible aparición de secuelas posteriores si existe certeza. Si se da el caso de una evolución negativa y la aparición de nuevas complicaciones o nuevas secuelas, se debería reclamar otra vez cuando aparezcan éstas.
- Que exista una relación de causalidad entre la acción y el resultado.

Es el tercer eslabón de la cadena. Esta relación debe ser demostrada con certeza o con fuerte presunción. Y debe ser una relación directa, sin la intervención de otras circunstancias ajenas; pues en muchas ocasiones, junto a la causa principal generadora del daño, existen otras causas concomitantes que modifican el resultado del mismo, como son las causas preexistentes fisiológicas (embarazo) o patológicas (infecciones crónicas, intoxicaciones crónicas, hemofilia, diabetes, etc.).

En la valoración del resultado y en la prueba para establecer este lazo de unión de relación de causalidad, será preciso que quien la realice tenga en cuenta unos criterios para hacer el juicio global. Estos criterios son, entre otros:

- Criterio topográfico: es decir, poder establecer una relación entre la zona o el espacio y la causa.
- Criterio cronológico: es preciso que se guarde esa relación en el tiempo. Se considerará que hay complicaciones que pueden tardar algún tiempo en aparecer, pero siempre el daño deberá guardar los límites normales de tiempo para su aparición.
- Criterio de continuidad sintomática: es decir, que desde que ocurre la falta y el establecimiento del daño, existan síntomas puente que traducen el mecanismo causal y la secuela a distancia.

La relación de causalidad puede no existir o haberse roto, en casos en que el enfermo no haya seguido las indicaciones del profesional sanitario o haya estado asistiendo a otro, o bien haya cambiado las dosis de los medicamentos, o rechazado pruebas complementarias o controles. Y también cuando se hayan cometido errores en la administración de medicamentos por parte de la familia o del farmacéutico.

- Responsabilidad administrativa

Es la que se deriva del carácter que puede tener el profesional sanitario como funcionario o perteneciente a algún ente público.

Surge cuando no se cumple la normativa que rige la función pública del sanitario: faltas de asistencia, cobro indebido de honorarios, ejercicio indebido por incompatibilidad, etc.

La responsabilidad administrativa de los profesionales sanitarios que prestan servicios en Instituciones Sanitarias Públicas se ha de exigir, de oficio o mediante denuncia, siguiendo el procedimiento sancionador del Estatuto que sea de aplicación y se tramitará a través, normalmente, de un expediente disciplinario.

B. Responsabilidad penal

a. Responsabilidad penal

Desde el punto de vista penal, la matrona puede incurrir en:

- Delitos dolosos

Es decir actos con intencionalidad, originando un daño a sabiendas de ello. Como ocurre cuando se aprovecha de sus conocimientos médicos para cometer un delito por ejemplo, un envenenamiento. O bien realiza algún acto dentro del ejercicio profesional pero prohibido por las leyes, como abortos, falsificación de informes, no comunicar el conocimiento de alguna acción delictiva, prescribir drogas con fines no terapéuticos, etcétera.

En estos casos la responsabilidad penal será la que le corresponda como persona individual o incluso puede resultar agravada su conducta por estar derivada de su cualificación profesional.

La existencia de delito doloso en el ámbito del profesional sanitario es poco frecuente pues la finalidad curativa excluye este supuesto.

- Delitos culposos, es decir, sin intencionalidad.

El concepto y estructura del delito culposo, según alguna sentencia del Tribunal Supremo, se encuentra en el reproche efectuado a un sujeto por haber realizado voluntariamente un hecho que supone la infracción de una norma objetiva de cuidados, destinada a proteger un bien jurídico que, en definitiva, resultó lesionado, por lo que sus elementos constitutivos pueden resumirse en dos vertientes:

- Una subjetiva, constituida por la voluntad de realizar una conducta material no delictiva, pero no el resultado dañoso que se produce involuntariamente por falta de atención, previsión y consciencia del sujeto, y que era perfectamente previsible.
- Y otra objetiva, representada por la vulneración material, por acción u omisión de la citada norma objetiva de cuidado, y la producción del resultado dañoso que ha de hallarse en relación de causalidad con la violación de la norma, dirigida precisamente a prevenir los eventos dañosos involuntarios a terceros, o a circunscribir el riesgo dentro de unos límites socialmente aceptables, cuyas fuentes se encuentran, bien en reglas de diligencia, prudencia o pericia socialmente observadas, bien en reglas escritas expresadas en leyes, reglamentos u órdenes.

Y según sentencias del Tribunal Supremo, la noción de culpa puede ser descrita como una omisión voluntaria del deber de cuidado que debe ser observado por toda persona medianamente prudente y diligente en el desenvolvimiento y desarrollo de alguna actividad social estimada como peligrosa.

Y así, se considerará que actúa culposamente el que infringe un deber de cuidado que personalmente le incumbe, pudiendo prever la aparición del resultado. (Hay varias sentencias del Tribunal Supremo en este sentido).

La exigencia de nuestra legislación y jurisprudencia, en cuanto a lo que se debe considerar como una conducta o comportamiento no negligente, es la referencia a la conducta que hubiera tenido una persona medianamente prudente y diligente en el desenvolvimiento y desarrollo de la actividad social (como hemos visto antes). Y en el Código Civil la referencia es comparar la acción con la que hubiera tenido un buen padre o madre de familia (a este respecto conviene no olvidar que esto es distinto a paternalismo).

Conforme a la doctrina más moderna, seguida en múltiples sentencias del Tribunal Supremo, se recoge que en los delitos de imprudencia, el tipo del injusto, incluye no sólo el resultado correspondiente a una determinada infracción dolosa, sino también un deber objetivo de cuidado cuya inobservancia pone en marcha la cadena causal, bien entendido que dicho deber objetivo de cuidado tiene tal carácter por su referencia a las circunstancias del riesgo mismo en cada caso concreto, al margen de las posibilidades reales del agente (profesional) para atender a la expresada exigencia o, si se prefiere, de la proyección o matización personal de la primera obligación objetiva, pues se pasa entonces de la antijuridicidad a la culpabilidad.

b. Responsabilidad imprudente

La mayoría de los problemas derivados de la práctica de la sanidad se plantean dentro de los delitos imprudentes.

El Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, modifica el sistema legislativo de incriminación culposa, abandonando el de cláusulas generales, sancionándose sólo cuando se diga expresamente.

El homicidio imprudente se regula en el artículo 142.1: «El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años». En el número 3: «Cuando el homicidio imprudente fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años».

- Las lesiones imprudentes constitutivas de delito se regulan en el artículo 152:
 1. El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado:
 1. ° Con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana si se tratare de las lesiones del artículo 147.1.
 2. ° Con la pena de prisión de uno a tres años si se tratare de lesiones del artículo 149.
 3. ° Con la pena de prisión de seis a dos años si se tratare de las lesiones del artículo 150.
 - (..)

3. Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de uno a cuatro años.

En el artículo 621 se regula el homicidio y lesiones cometidas con imprudencia leve, como faltas.

En general, el Código Penal de 1995, sanciona tanto la imprudencia grave (temeraria), como leve (simple); la primera como delito y la segunda como falta, aunque no en todos los casos se sancionen ambas modalidades de la imprudencia.

- Imprudencia grave (temeraria)

La imprudencia temeraria supone actuar sin guardar las precauciones mínimas exigibles, sin los cuidados más elementales, o cuando se actúa sin cautela omitiendo las precauciones elementales o necesarias. También si se actúa con improvisación, ligereza o descuido y con todo aquello que denote la indiferencia del agente en evitar causar daño.

Este es el único tipo de imprudencia que es considerada como delito.

Como una agravación de la imprudencia temeraria, la imprudencia profesional surge cuando se actúa con impericia o falta de conocimientos necesarios de las elementales normas de la *lex artis*, o bien sin guardar el mínimo de precaución o diligencia en la *lex funtionis* y que hubieran sido necesarias para evitar o disminuir los riesgos de daño originado.

Por tanto, dentro del campo de la sanidad, la inobservancia de la *lex artis* no puede llevar, sin más, a imputar el resultado producido, para ello habrá que tener en cuenta todas las circunstancias concurrentes en el caso, así como las capacidades del sujeto.

- Imprudencia leve (simple)

Es considerada sólo como falta y concurre prácticamente en todo hecho culposo.

c. Imprudencia profesional

El Código Penal de 1995 abandona el sistema de incriminación culposa mediante cláusulas generales y, como consecuencia lógica, lo hace con la regulación, de forma general, de la llamada imprudencia profesional. Desaparece así el párrafo segundo del anterior artículo 565, dedicado a esta clase de imprudencia, cualificación de la temeraria, contemplada en el primer párrafo.

- La Fiscalía del Tribunal Supremo, entendió que en dicho párrafo segundo se recogían dos supuestos: la impericia y la negligencia. La imprudencia profesional la vamos a ver dentro de dos epígrafes.
 - La impericia significaría falta de conocimientos necesarios, con independencia de la posesión o no del título que lo acredite.
 - La negligencia consistiría en la falta de cuidado, especialmente exigible a los profesionales en la actividad que les es propia.
- Existe responsabilidad profesional cuando concurren los siguientes elementos:
 - Que el acto se realice en el ejercicio de la profesión que constituye el medio de vida.
 - Que se trate de actos que de manera habitual son exigidos y se practican ordinariamente dentro de la profesión.
 - El resultado debe consistir en muerte o lesiones graves.
 - El resultado debe producirse a consecuencia de negligencia o impericia inexcusables en el ejercicio de su profesión, caracterizándose por un «plus de culpa sobre la temeraria, pero referido a un actuar concretado a los especiales deberes de la profesión».
 - La apreciación de estos elementos habrá de hacerse con criterio de relatividad, teniendo en cuenta las circunstancias, personas, actividad profesional desarrollada, entre otras.
 - El nuevo Código Penal, como acabamos de decir, prescinde de un precepto similar al párrafo segundo del artículo 565, constituyendo esa imprudencia profesional una simple agravación en algunos casos, con independencia del resultado producido; agravación que no supone, como anteriormente, la elevación de la pena, sino la imposición de la inhabilitación especial, por el tiempo fijado en cada uno de los preceptos.
 - El supuesto trato más benévolo, no lo es en realidad, más teniendo en cuenta el número de condenas por estos hechos y la no aplicación automática de la agravación por la jurisprudencia. Así, por ejemplo, en el artículo 152, lesiones imprudentes, el número 3 establece que, en los casos de imprudencia profesional, además de la pena correspondiente, se impondrá la de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por tiempo de uno a cuatro años. En el aborto imprudente, la pena de inhabilitación sería de uno a tres años (artículo 146 del Código Penal), y en el homicidio imprudente, de tres a seis años.

d. Responsabilidad civil derivada de la responsabilidad penal

El Código Penal español regula en los artículos 109 a 126 la responsabilidad civil derivada de los delitos y faltas y de las costas procesales.

- El artículo 109 establece:
 1. La ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las Leyes, los daños o perjuicios por él causados.
 2. El perjudicado podrá optar, en todo caso, por exigir la responsabilidad civil ante la jurisdicción civil.

No puede, por tanto, predicarse con carácter general la existencia de daño o perjuicio en la esfera privada, consecuencia de la ejecución del hecho punible; deberá distinguirse entre daño penal y daño civil, el primero consistente en la ofensa al bien jurídico, y el segundo consistente en las pérdidas patrimoniales y sufrimientos de toda índole padecidos por la víctima. Las relaciones entre delito y daño civil han sido polémicas; sólo cuando el daño puede considerarse derivado del hecho punible, de la comisión del mismo, podrá hablarse de responsabilidad civil.

Dentro del ámbito penal, la responsabilidad civil supondrá, siempre, la realización de un hecho punible y la producción de un daño como consecuencia del mismo.

- Extensión de la responsabilidad civil

El Código Penal, en el artículo 110, establece el contenido de la responsabilidad civil que comprenderá: la restitución, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios materiales y morales.

La cuantía de la responsabilidad civil se fijará por los tribunales o jueces, estableciendo razonadamente las bases por las que se llega a la misma. De particular importancia resulta la previsión del artículo 114 que permite reducir la cuantía, cuando la víctima haya contribuido a la producción del daño o perjuicio sufrido.

- Las personas civilmente responsables

- Responsabilidad personal

Responsables criminal y civil serán, en principio, la misma persona. El artículo 116 del Código Penal establece que toda persona criminalmente responsable lo es también civilmente, debiendo el Tribunal o Juez señalar las diferentes cuotas cuando sean varios los responsables.

En casos de codelincuencia (varios responsables), las cuotas deberán determinarse de acuerdo con la intervención de cada uno, por diferentes categorías, siendo solidaria entre iguales y subsidiaria con respecto a los demás.

- Responsabilidad directa del asegurador

Dentro del ámbito del ejercicio de la sanidad, tiene particular importancia la responsabilidad civil directa del asegurador, prevista en el artículo 117 del Código Penal.

«Los aseguradores que hubieren asumido el resto de las responsabilidades pecuniarias derivadas del uso o explotación de cualquier bien, empresa, industria o actividad, cuando, como consecuencia de un hecho previsto en este Código, se produzca el evento que determine el riesgo asegurado, serán responsables civiles directos hasta el límite de la indemnización legalmente establecida o convencionalmente pactada, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda».

La cobertura de los riesgos de lesión derivados del ejercicio de la sanidad, es posiblemente, en estos momentos, uno de los temas que más preocupan, tanto a los profesionales sanitarios como a las entidades aseguradoras y, lógicamente, a aquellos que, de una u otra manera, puedan verse afectados.

La iniciación de acciones legales viene motivada, en muchos casos, por la pretensión del perjudicado o de sus allegados de resarcirse de los daños causados, como consecuencia de un tratamiento o asistencia sanitaria. La indemnización de los mismos puede alcanzar cuantías que harían imposible su satisfacción por el responsable criminal, lo que necesariamente debe potenciar la función de las entidades aseguradoras, al igual que ocurre en otras actividades que puedan suponer la creación de riesgos y causación de resultados lesivos.

La falta de criterios uniformes a la hora de establecer las indemnizaciones en estos casos, dificulta la cobertura de los riesgos. La homogeneización de las cuantías, facilitaría los costes de financiación, ayudando a conseguir lo que considera un objetivo deseable: la desjudicialización de estas reclamaciones y, consecuentemente, al someterse al arbitraje, una agilización en la resolución de los problemas.

Dentro del ámbito de los seguros, debería distinguirse entre dos modelos posibles: el privado y el público. En el primero, la cobertura

sería a través del seguro del profesional, en los términos dichos. En el caso de la sanidad pública, dichos riesgos estarían cubiertos por el propio usuario, mediante sus impuestos o cotizaciones.

- Responsabilidad subsidiaria de la Administración

El artículo 121 del Código Penal, establece una especial responsabilidad civil subsidiaria del Estado, comunidades autónomas, provincias, islas, municipios y demás entes públicos, diferenciando entre la derivada de los daños causados por delitos dolosos o culposos, cuando el responsable sea autoridad, agente, contratado o funcionario público en el ejercicio de sus cargos y, siempre que sea consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos que tuvieran encomendados y, por otra parte, la responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento normal o anormal de dichos servicios, exigible conforme a las normas de procedimiento administrativo, sin que pueda, en ningún caso, darse una duplicidad indemnizatoria. Cuando se exija en un proceso penal la responsabilidad civil de estas personas, deberá dirigirse simultáneamente contra la Administración o ente público presunto responsable civil.

Cuando el error proviene de un conglomerado de responsables y es achacable al mal funcionamiento de la institución, el perjudicado demanda una responsabilidad objetiva. Busca una indemnización y no una responsabilidad personal (un culpable).

Tabla 2.1. Diferencias Responsabilidad Civil y Penal

Responsabilidad Civil	Responsabilidad Penal
Vía civil	Vía penal
Reclamación civil	Reclamación penal
Negligencia (Ni delito ni falta)	Conducta dolosa (intención) o culposa que viene recogida por el Código Penal
Responsabilidad directa y solidaria	Responsabilidad personal (si es insolvente, es subsidiaria la Institución)
Reclamación simultanea persona-Institución	Reclamación al responsable del acto
Existe un daño	Existe un delito o falta
Reparación del daño mediante indemnización	El culpable ha de cumplir una condena

C. Consentimiento informado

La necesidad de consentir, por parte del ciudadano, considerada hoy como una obviedad, surgió a partir del Código de Nüremberg en 1947. Hasta mucho después, sin embargo, no se incorpora a las legislaciones nacionales y en España, concretamente, sucede a partir de la Ley General de Sanidad de 1986.

La información es el presupuesto ineludible de la autonomía individual para emitir el consentimiento y éste, a su vez, legitima la intervención sobre el paciente, a diferencia de lo usual en épocas anteriores en las que (bajo criterio paternalista) las decisiones del paciente las tomaba el médico sin contar con aquel.

La vigente Ley 41/2002 considera como consentimiento informado la conformidad voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una decisión que afecta a su salud.

El Consentimiento Informado (CI) es por definición, la aceptación de una intervención sanitaria por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el profesional le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

En otras palabras, el consentimiento informado forma parte de un proceso comunicativo y participativo mediante el cual el paciente, o su representante legal, tras recibir una información adecuada, elige entre las diferentes opciones clínicas disponibles.

Según la Ley 41/2002: “El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información”. No obstante, la obligación de ofrecer información alcanza a todos los profesionales que participan en el proceso de atención del paciente o usuario, aunque cada uno debe realizarla desde sus propios ámbitos de competencia y grado de cualificación y participación.

Antes de realizar una actuación o intervención en el ámbito de la sanidad es preciso obtener el consentimiento libre, voluntario e informado de los pacientes o usuarios que vayan a recibirla.

El consentimiento informado no debe ser un instrumento de la medicina defensiva sino un punto de encuentro entre la autonomía del paciente y la buena práctica médica.

a. Contenidos mínimos del consentimiento informado

Los requisitos del consentimiento son:

- La capacidad: el paciente que ha de prestar su consentimiento ha de estar en pleno uso de sus facultades mentales. Si el sujeto no es capaz de comprender, difícilmente podrá prestar consentimiento válido alguno.
- El momento en que se presta: debe ser previo al inicio de la intervención. Esto debe llevarse a cabo en términos razonables, de modo que difícilmente es admisible un consentimiento recabado justo en los instantes previos a la realización del procedimiento en cuestión.
- Libre: quiere decir libre de vicios, ya sea error, violencia o intimidación. El error, en la medida que medie una información correcta es difícil que concorra, con esto conecta el art. 4 de la Ley 41/2002 que exige el carácter de la veracidad de la información.
- Reconocible: la regla general es la forma verbal, si bien, como ya hemos visto, en las actuaciones de mayor alcance se exige la forma escrita.
- Informado: presupuesto de que el consentimiento sea libre es la información, sin esta se anula la libertad del que consiente y el consentimiento es nulo.

b. Respecto de los primeros el límite de edad de 18 años es orientativo, debiendo de atenderse a la madurez mental de un menor en concreto. La voluntad de los incapacitados, por otras razones, se suple por la de sus representantes legales.

El tratamiento concreto que la vigente normativa (Ley 14/2002) hace respecto de los menores es el siguiente:

- Menores de 12 años: decide, libremente, su representante legal.
- Menor de edad, pero mayor de 12: ha de ser oído.
- Mayor de 16 años o emancipado: decide el menor.
- En caso anterior si grave riesgo: padres deben ser informados y oídos.
- Mayoría de edad (18 años) para IVE, reproducción asistida y ensayos clínicos.

c. Contenido de la información

- Simple: La información ha de ser suficiente, aunque no excesiva.
- Clara: Debe de expresarse en términos comprensibles.

- Leal: Contendrá la verdad, sin cambiarla ni recortarla.
- Continuada: Durante todo el proceso asistencial.
- Escrita: Exigible bajo esta forma, es éste un aspecto muy matizable, pues una información escrita, por principio, podría enlentecer e incluso paralizar la práctica clínica diaria. Así la Ley 41/2002 (en su artículo 8.2) establece como regla general la forma verbal para el consentimiento, si bien se prestará bajo forma escrita en los siguientes casos:
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Procedimientos invasores
 - Cualquier actuación de notorio riesgo

d. Alcance

Riesgos ordinarios y riesgos extraordinarios: la obligación de informar suele entenderse referida a los primeros, entendiendo por tales los concretos del acto o intervención de que se trate y que pueden, a su vez, ser frecuentes o no (sin confundir los riesgos ordinarios, pues, con los frecuentes). Hay que añadir además información sobre los riesgos concretos del medio y del estado del paciente. Cuando se trata de medicina satisfactoria, la información habrá de extenderse, también, a los riesgos extraordinarios.

Tratamientos curativos y no curativos: se dirigen los primeros a la recuperación de la salud. Mientras que los segundos afectan a campos como el de la cirugía estética o las esterilizaciones no terapéuticas, por ejemplo. En los curativos la obligación es de medios, mientras que en los segundos lo es (en términos generales) de resultados y por esta razón en los no curativos la información ha de ser exhaustiva y la actuación precisa de diligencia exquisita para no generar responsabilidad en el profesional sanitario.

e. Contenido del documento

Podemos considerar, como contenido imprescindible, en los documentos de consentimiento informado, los siguientes elementos:

- Identificación del médico y del paciente
- Descripción de la actuación clínica
- Relato de consecuencias seguras
- Descripción de los riesgos típicos

- Descripción de riesgos personalizados
- Constancias del “enterado” del paciente
- Consentimiento subrogado (en su caso)
- Mención de la posibilidad de revocación

La Ley 41/2002 añade las contraindicaciones y concreta un interesante principio, como es el de que el médico responsable deberá de ponderar que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento (escrito) del paciente.

f. Límites

Se trata de precisar si el deber de informar tiene carácter absoluto o cede, en determinadas circunstancias, cuando entran en juego bienes jurídicos de mayor relevancia, como la vida.

Supuestos de urgencia: resulta claro que cuando la demora en la actuación puede ocasionar un perjuicio para el paciente, no puede exigirse al médico que se pare a informar a aquel. La clave será, entonces, precisar cuándo concurre la situación de urgencia (caracterizada por la concurrencia de un riesgo inminente y grave).

Pueden también darse los casos siguientes: que la situación permita una demora en la actuación, en cuyo caso se espera a que el paciente recupere la consciencia o se trata de localizar a sus familiares para que tomen la decisión que proceda. Cuando la actuación requiere inmediatez, el médico obrará bajo su criterio profesional, amparado en el estado de necesidad. En este sentido se pronuncia la Ley 41/2002, cuando recoge como excepciones a la imposibilidad de actuar sin consentimiento del paciente los casos en los que esperar a tal conformidad podría depararle graves e inmediatos daños en su salud.

Tratamientos obligatorios: en estos casos la salud colectiva se considera un bien de mayor valor que la individual y ello origina la exención de la obligación de informar.

Riesgo para la salud pública, por ejemplo, en el caso de pacientes con problemas de salud mental, en cuyo caso es posible actuar sin el consentimiento del paciente, debiendo de comunicar a la autoridad judicial, en el plazo de 24 horas, el hecho del internamiento si ha tenido lugar (artículo 9 de la Ley 41/2002).

Renuncia al tratamiento: el derecho a renunciar surge como reverso lógico de la facultad de aceptar un tratamiento. Se reconoce el derecho a negarse a ser informado en la repetida Ley 41/2002, con la observación de que tal renuncia ha de constar por escrito.

g. Algunas pautas para el profesional sanitario

- El médico no está obligado a aplicar el tratamiento sugerido por el paciente si se considera no indicado, pero el profesional no puede elegir otro diferente sin contar con dicho paciente.
- Si el paciente rechaza una prueba que le es necesaria, el médico dejará constancia escrita de la negativa y tratará de remover la negativa, pero nunca impondrá la prueba rechazada. La regla general es aceptar la negativa, como derecho personalísimo que es.

h. Casos especiales

Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.

Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. En caso de no existir representante designado o no ser localizado dicha circunstancia se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial.

El médico responsable es quien debe valorar si el paciente pudiera hallarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí mismo. Tal valoración debe registrarse adecuadamente en la historia clínica del paciente. Para establecer la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los elementos siguientes:

- Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de la persona que deba actuar por el incapaz.

En cualquier caso el paciente o usuario incapaz deberá ser siempre informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, y participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de sus posibilidades.

- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- Menores.

En el caso de menores, si éstos no se encuentran preparados, ni intelectual ni emocionalmente, para poder comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor, después de haber escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de doce años.

En el caso de menores emancipados y adolescentes mayores de dieciséis años, el menor dará personalmente su consentimiento. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

i. Casos excepcionales en los que no se precisa consentimiento informado

Como hemos visto anteriormente en los límites, los profesionales podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, excepcionalmente en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de Voluntad Vital Anticipada, y si no existiera ésta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

D. Lesiones al feto

Este aspecto está regulado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y más concretamente por el Título IV. El Título IV del Libro II lleva por rúbrica «De las lesiones al feto», comprendiendo los arts. 157 y 158 CP, estableciendo el primero la modalidad dolosa y el segundo la imprudente (con imprudencia grave).

a. De las lesiones al feto

Artículo 157

El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.

Artículo 158

El que, por imprudencia grave, cometiere los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses.

Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a dos años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

2.5. Control y protección del ejercicio profesional. Funciones específicas de la matrona. Directivas de matronas de la Unión Europea. Colegios profesionales. Confederación internacional de matronas. Asociaciones. Intrusismo profesional

A. Control y protección del ejercicio profesional. Funciones específicas de la matrona

Una matrona es una persona que ha completado un programa educativo en obstetricia y ginecología que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las “Competencias Esenciales de la ICM para la Práctica de la Partería Básica” y en el marco de las “Normas Globales de la ICM para la Educación de Matronas”, que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y/o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de “matrona”, y que demuestra competencia en la práctica de la partería.

a. Ámbito de la práctica

Adoptado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en la reunión del 15 Junio de 2011, Durban, Sudáfrica.

La matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio. Dirigir los nacimientos es la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los recién nacidos.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo los domicilios, la comunidad, los hospitales públicos o privados así como los centros de salud”.

Las matronas tienen reconocidas sus competencias a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

El ejercicio de las actividades profesionales de matrona se enumeran en su artículo 42 y Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado y más concretamente en la Sección 6.^a , Matrona. Artículo 55. Ejercicio de las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona).

Según todo lo anteriormente descrito las matronas estarían facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

- Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
- Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
- Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.
- Facilitar programas de preparación prenatal y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
- Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
- Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
- Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero.

- Reconocer y prestar cuidados al recién nacido, adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.
- Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto, y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.
- Realizar el tratamiento prescrito por el médico.
- Redactar los informes que sean necesarios.

B. Directivas de matronas de la Unión Europea

El marco competencial de las matronas en nuestro país se ampara en la legislación de la Unión Europea, con las directivas específicas de matronas CEE 80/154i y CEE 80/155ii. Posteriormente las directivas de matronas se hallan incluidas en la Directiva 2005/36/CEiii del Parlamento Europeo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

A continuación exponemos una transcripción literal de la Directiva 2005/36 de la CE y del apartado concreto de las Matronas:

Matrona

Artículo 40

a. Formación de matrona

La formación de matrona comprenderá, por lo menos, una de las formaciones siguientes:

- Una formación específica a tiempo completo como matrona de, por lo menos, tres años de estudios teóricos y prácticos (vía I), que deberá referirse como mínimo al programa que figura en el punto 5.5.1 del anexo V, o
- Una formación específica a tiempo completo de matrona de dieciocho meses (vía II), que deberá referirse como mínimo al programa señalado en el punto 5.5.1 del anexo V y que no haya sido objeto de una enseñanza equivalente en el marco de la formación de enfermero responsable de cuidados generales.

Los Estados miembros velarán por que la institución encargada de la formación de las matronas asuma la coordinación entre la enseñanza teórica y práctica con respecto a todo el programa de estudios.

Las listas de materias que figuran en el punto 5.5.1 del anexo V podrán modificarse con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 58, apartado 2, con vistas a adaptarlas al progreso científico y técnico.

Tal actualización no podrá suponer, para ningún Estado miembro, ninguna modificación de los principios legales vigentes relativos al régimen de profesiones en lo que se refiere a la formación y las condiciones de acceso de las personas físicas.

b. El acceso a la formación de matrona estará supeditado a una de las condiciones siguientes:

- La terminación de, por lo menos, los diez primeros años de la enseñanza general básica, para la vía I, o
- La posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales mencionado en el punto 5.2.2 del anexo V, para la vía II.

c. La formación de matrona garantizará que la persona de que se trate ha adquirido los conocimientos y competencias siguientes:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en que se basan las actividades de las matronas, en particular la obstetricia y la ginecología.
- Un conocimiento adecuado de la ética de la profesión y de la legislación profesional.
- Un conocimiento detallado de las funciones biológicas, de la anatomía y de la fisiología en el campo de la obstetricia y del recién nacido, así como un conocimiento de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano y de su comportamiento.
- Una experiencia clínica adecuada, adquirida en centros acreditados, bajo la supervisión de personal cualificado como matronas y obstetras.
- Una comprensión adecuada de la formación del personal sanitario y de la experiencia de trabajar con éste.

d. Anexo.5. Matrona

Programa de estudios para matronas (vías de formación I y II)

El programa de estudios necesarios para obtener los títulos de formación de matrona incluirá las dos secciones siguientes:

- Enseñanza teórica y técnica
 - Materias básicas
 - Nociones fundamentales de anatomía y fisiología.
 - Nociones fundamentales de patología.
 - Nociones fundamentales de bacteriología, virología y parasitología.
 - Nociones fundamentales de biofísica, bioquímica y radiología.
 - Pediatría, referida en particular al recién nacido.
 - Higiene, educación sanitaria, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz.
 - Nutrición y dietética, referidas en particular a la alimentación de la madre, del recién nacido y del lactante.
 - Nociones fundamentales de sociología y problemas de medicina social.
 - Nociones fundamentales de farmacología.
 - Psicología.
 - Pedagogía.
 - Legislación sanitaria y social y organización sanitaria.
 - Deontología y legislación profesional.
 - Educación sexual y planificación familiar.
 - Protección jurídica de la madre y el niño.
 - Materias específicas de las actividades de matrona
 - Anatomía y fisiología.
 - Embriología y desarrollo del feto.
 - Embarazo, parto y puerperio.
 - Patología ginecológica y obstétrica.
 - Preparación para el parto y para la paternidad, incluidos los aspectos psicológicos.
 - Preparación del parto (incluidos el conocimiento y empleo del material obstétrico).

- Analgesia, anestesia y reanimación.
 - Fisiología y patología del recién nacido.
 - Asistencia y vigilancia del recién nacido.
 - Factores psicológicos y sociales.
- Enseñanza práctica y enseñanza clínica

Estas enseñanzas se impartirán bajo la supervisión adecuada:

- Consultas de mujeres embarazadas que impliquen por lo menos cien reconocimientos prenatales.
- Vigilancia y asistencia a por lo menos 40 embarazadas.
- Asistencia por el alumno en por lo menos 40 partos; cuando no pueda llegarse a esta cifra por no disponer de suficientes parturientas, podrá reducirse a un mínimo de 30, a condición de que el alumno participe además en 20 partos.
- Participación activa en uno o dos partos con presentación de nalgas. Cuando no pueda llegarse a esta cifra por no producirse un número suficiente de partos con presentación de nalgas, deberá llevarse a cabo una formación por simulación.
- Práctica de la episiotomía e iniciación a su sutura. La iniciación comprenderá una enseñanza teórica y ejercicios clínicos. La práctica de la sutura incluirá la sutura de las episiotomías y los desgarros simples del perineo, que pueden realizarse en situaciones simuladas si llegase a ser absolutamente necesario.
- Vigilancia y asistencia a 40 mujeres embarazadas, durante el parto y en el curso de puerperios expuestos a riesgos.
- Supervisión y cuidado, incluido el reconocimiento, de al menos 100 púerperas y recién nacidos sanos.
- Observación y cuidado de recién nacidos que necesiten cuidados especiales, incluidos los nacidos a pretérmino, postérmino, así como recién nacidos con peso inferior al normal y recién nacidos enfermos.
- Cuidado de mujeres que presentan patologías en los ámbitos de la ginecología y la obstetricia.
- Iniciación a los cuidados en los ámbitos de la medicina y la cirugía. La iniciación comprenderá una enseñanza teórica y ejercicios clínicos.

La enseñanza teórica y técnica (parte A del programa de formación) deberá ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica (parte B del programa), de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y la experiencia enumerados en este anexo.

La enseñanza clínica de matrona (parte B del programa de formación) deberá efectuarse en forma de prácticas guiadas en los servicios de un centro hospitalario o en otros servicios de salud acreditados por las autoridades o los organismos competentes. En el curso de su formación, los candidatos a matronas participarán en las actividades de los servicios de que se trate en la medida en que las mismas contribuyan a su formación. Se les iniciará en las responsabilidades necesarias para las actividades de matrona.

Artículo 41

Modalidades de reconocimiento de los títulos de formación de matrona

1. Los títulos de formación de matrona mencionados en el punto 5.5.2 del anexo V serán objeto de reconocimiento automático en virtud del artículo 21 si satisfacen uno de los criterios siguientes:
 - a) Una formación de matrona de por lo menos tres años a tiempo completo:
 - i) Bien subordinada a la posesión de un diploma, certificado u otro título que permita el acceso a los centros universitarios o de enseñanza superior o que, a falta de ello, garantice un nivel equivalente de conocimientos, o
 - ii) Bien seguida de una práctica profesional de dos años por la que se expedirá una certificación con arreglo al apartado 2.
 - b) Una formación de matrona de por lo menos dos años o 3.600 horas a tiempo completo, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales que figure en el punto 5.2.2 del anexo V.
 - c) Una formación de matrona de por lo menos dieciocho meses o 3.000 horas a tiempo completo, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales que figure en el punto 5.2.2 del anexo V y seguida de una práctica profesional de un año por la que se expedirá una certificación con arreglo al apartado 2.

2. La certificación prevista en el apartado 1 será expedida por las autoridades competentes del Estado miembro de origen.

Esta acreditará que el beneficiario, tras haber obtenido el título de formación de matrona, ha ejercido de manera satisfactoria en un hospital o en un centro sanitario homologado a tal efecto todas las actividades de matrona durante el período correspondiente.

Artículo 43

Derechos adquiridos específicos de las matronas

1. En el caso de los nacionales de los Estados miembros cuyos títulos de formación de matrona respondan a todas las exigencias mínimas de formación previstas en el artículo 40, pero que, en virtud del artículo 41, únicamente sean reconocidos si van acompañados de la certificación de práctica profesional mencionada en el artículo 41, apartado 2, cada Estado miembro reconocerá como prueba suficiente los títulos de formación expedidos por dichos Estados miembros antes de la fecha de referencia mencionada en el punto 5.5.2 del anexo V, acompañados de una certificación que acredite que tales nacionales se han dedicado efectiva y lícitamente a las actividades de que se trate durante, por lo menos, dos años consecutivos en el transcurso de los cinco años anteriores a la expedición de la certificación.
2. Se aplicará lo dispuesto en el apartado 1 a los nacionales de los Estados miembros cuyos títulos de formación de matrona sancionen una formación adquirida en el territorio de la antigua República Democrática Alemana y que responda a todas las exigencias mínimas de formación que se establecen en el artículo 40, pero que, en virtud del artículo 41, únicamente sean reconocidos cuando vayan acompañados de la certificación de práctica profesional mencionada en el artículo 41, apartado 2, en caso de que sancionen una formación iniciada antes del 3 de octubre de 1990.
3. Para los títulos polacos de formación de matrona se aplicarán únicamente las normas sobre derechos adquiridos que figuran a continuación.

En el caso de nacionales de los Estados miembros cuyos títulos de formación de matrona hayan sido expedidos en Polonia, o cuya formación hubiera comenzado en dicho Estado antes del 1 de mayo de 2004, y que no cumplan los requisitos mínimos en materia de formación establecidos en el artículo 40, los Estados miembros reconocerán los títulos de formación de matrona que se indican a continuación si van acompañados de un certificado que acredite que dichas personas han ejercido efectiva y lícitamente en Polonia las actividades de matrona durante el período que se indica a continuación:

- a) Título de formación de matrona de nivel equivalente a una licenciatura («dyplom licencjata pielęgniarstwa»): al menos tres años consecutivos en el transcurso de los cinco años anteriores a la fecha de expedición del certificado.
 - b) Título de formación de matrona que acredite estudios superiores completos, expedido por una escuela profesional médica («dyplom położnej »): al menos cinco años consecutivos en el transcurso de los siete años anteriores a la fecha de expedición del certificado.
4. Los Estados miembros reconocerán los títulos de matrona expedidos en Polonia, a matronas que completaron su formación antes del 1 de mayo de 2004 -que no se ajustaba a los requisitos de formación mínimos establecidos en el artículo 40-, sancionada con un título de licenciado obtenido sobre la base de un programa especial de revalorización contenido en el artículo 11 de la Ley de 20 de abril de 2004 relativa a la modificación de la Ley sobre las profesiones de enfermero y matrona y en algunos otros actos jurídicos (Diario Oficial de la República de Polonia de 30 de abril de 2004 no 92, pos. 885) y el Reglamento del Ministro de Sanidad de 11 de mayo de 2004 sobre las condiciones detalladas de los estudios de enfermería general y enfermería obstétrico-ginecológica, que posean un certificado de escuela secundaria (examen final/madurez) y se hayan graduado en liceos médicos y escuelas profesionales médicas que impartan la formación de enfermero y matrona (Diario Oficial de la República de Polonia de 13 de mayo de 2004 no 110, pos. 1170), con el fin de verificar que la persona en cuestión tenga un nivel de conocimientos y competencia comparable al de los enfermeros en poder de los títulos que, en el caso de Polonia, se indican en el punto 5.5.2 del anexo V.

C. Colegios profesionales

La regulación de los Colegios Profesionales viene recogida por el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería.

TÍTULO I

De la Organización Colegial de Enfermería

CAPÍTULO I

De los Colegios Profesionales de Enfermería: fines y funciones

Artículo 1. Naturaleza de los Colegios Profesionales de Enfermería.

Los Colegios Profesionales de Enfermería son corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. En consecuencia, y de acuerdo con la legalidad vigente, pueden adquirir, vender, enajenar, poseer, reivindicar, permutar, gravar toda clase de bienes y derechos, celebrar contratos, obligarse y ejercitar acciones e interponer recursos en todas las vías y jurisdicciones para el cumplimiento de sus fines.

Se denominarán Colegios Oficiales de Enfermería de la delimitación que corresponda a su ámbito territorial.

Los Colegios elaborarán sus propios Estatutos particulares para regular su funcionamiento, con arreglo a las disposiciones de la Ley de Colegios profesionales estatal y a la legislación autonómica sobre la materia y, en todo caso, con respeto a lo establecido en estos Estatutos Generales en lo relativo a las relaciones de dichos Colegios con el Consejo General. Una vez aprobados, dichos Estatutos particulares se notificarán al Consejo General.

Artículo 2. Fines de los Colegios Profesionales de Enfermería.

Son fines esenciales de estos Colegios la ordenación del ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades, la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la Administración pública, por razón de la relación funcionarial, ni de las representaciones sindicales en el ámbito específico de sus funciones.

D. Confederación internacional de matronas

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) es una federación de asociaciones de matronas que representa a varios países alrededor del mundo. La ICM trabaja estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y con los gobiernos, en apoyo de la maternidad segura y las estrategias de atención primaria de la salud. La ICM asume el rol de liderazgo en el desarrollo de la definición de matrona y la delineación del enfoque de la práctica de la partería (las competencias esenciales). La ICM también promueve las normas y las directrices que definen la estructura esperada y el contexto de los servicios previos de los programas de formación de la partería; provee orientación para el desarrollo de regulaciones para la práctica de la partería y ayuda a los países a fortalecer la capacidad de las asociaciones de matronas y a crear líderes de la profesión de matrona alrededor del mundo.

E. Asociaciones

A continuación se expone una relación de las distintas asociaciones de matronas existentes en la actualidad en España así como su año de fundación y su página web:

<i>Tabla 2.2. Asociaciones de matronas españolas</i>		
Asociación Andaluza de Matronas	Fundada en 1996	www.aamatronas.org
Asociación Canaria de Matronas	Fundada en 2003	www.asociacioncanariadematronas.com
Asociación Cántabra de Matronas	Fundada en 2003	cintamillan@hotmail.com
Asociación Castellano-Leonesa de Matronas	Fundada en 1998	www.ascalema.es
Asociación Científica de Matronas de Aragón	Fundada en 2000	www.matronasaragon.org
Asociación de Matronas de Euskadi Euskadiko Emaginen Elkartea	Fundada en 2009	www.matronas-euskadi.com
Asociación Científica de Matronas de la Comunidad de Madrid	Fundada en 2000	www.matronasmadrid.com
Asociación de Matronas de Castilla-La Mancha	Fundada en 2005	www.amacama.org
Asociación de Matronas Extremeñas	Fundada en 1997	www.matronasextremadura.org
Asociación de Matronas de la Región de Murcia	Fundada en 2001	www.matronas-murcia.org
Asociación de Matronas de La Rioja	Fundada en 2006	www.amatronasrioja.blogspot.com.es
Asociación Navarra de Matronas	Fundada en 1999	www.matronasdenavarra.com
Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias	Fundada en 1986	www.apromap.com

Tabla 2.2. Asociaciones de matronas españolas

Asociación Galega de Matronas Fundada en 2008, sobre el activo de la Asociación Sindical Gallega de Matronas de 1978	Fundada en 2008	www.matronasgalegas.org
Associació Balear de Comares	Fundada en 2003	www.comaresdebalears.com
Associació Catalana de Llevadores	Fundada en 1985	www.llevadores.org
Associació de Comares de la Comunitat Valenciana	Fundada en 1994	www.matronas-cv.org
Federación de Asociaciones de Matronas de España	Fundada en 2003	www.federacion-matronas.org
Asociación Española de Matronas (Asociación Nacional)	Fundada en 1978	www.aesmatronas.com

F. Intrusismo profesional

El Código Penal, tipifica el delito del intrusismo profesional en el artículo 403, que se muestra a continuación:

Artículo 403

El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de tres a cinco meses.

Si el culpable, además, se atribuyese públicamente la cualidad de profesional amparado por el título referido, se le impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.

El intrusismo requiere por un lado de una conducta positiva orientada a realizar una serie de actos propios de una profesión determinada y para la que se requiere un título académico. Y por otro lado, que esa conducta se lleve a cabo careciendo del aludido Título. Al hablar de Título se entiende que son profesiones tituladas aquellas para las que necesitamos un título para ejercer las funciones propias de esa profesión y entendemos por títulos, como al hecho de haber cursado estudios superiores y tener ratificados esos estudios mediante la obtención de una determinada licencia o certificado expedida por un organismo competente. Dando una vuelta de rosca, habría que señalar que por Título Oficial deberíamos entender Título Académico, que no es sino aquel título que capacita a una persona para el ejercicio de unas funciones que le son propias o inherentes al ejercicio de un determinado oficio o profesión y que son derivadas de la adquisición de una serie de conocimientos teóricos-prácticos y que han sido evaluados de forma concreta.

2.6. Nacimiento. Registro Civil: Certificado de nacimiento. Inscripción del recién nacido. Supuesto de parto

A. Nacimiento. Registro Civil: certificado de nacimiento

Se entiende por nacimiento o alumbramiento, el momento en el que una persona tiene vida propia, independiente fuera del seno materno.

La inscripción de nacimiento es el asiento registral, extendido por el encargado del Registro Civil, que hace fe del hecho del nacimiento, de la fecha, hora y lugar en que tuvieron lugar, del sexo y, en su caso, de la filiación del inscrito. El nacimiento produce efectos civiles desde que tiene lugar, pero para el pleno reconocimiento de los mismos es necesaria su inscripción en el Registro Civil.

Por tanto, se entiende por inscripción del nacimiento, el acto por el que las personas obligadas dan cuenta del mismo a las autoridades responsables de los correspondientes Registros Civiles.

a. En la inscripción de nacimiento constará especialmente:

- Nombre que se da al nacido.
- La hora, fecha y lugar de nacimiento. En los partos múltiples, de no conocerse la hora exacta de cada uno, constará la prioridad entre ellos o que no ha podido determinarse.
- Si el nacido es varón o mujer y el nombre impuesto.
- Los padres, cuando legalmente conste la filiación.
- El número que se asigne en el legajo al parte o comprobación.
- La hora de inscripción.

La obligación de declarar el nacimiento afecta a los consanguíneos hasta el cuarto grado y a los afines hasta el segundo, esto es, al padre o a la madre, o a los abuelos, a los tíos o primos del nacido, así como a los cuñados y cuñadas del nacido.

El plazo para inscribir el nacimiento va desde las 24 horas desde el momento en que éste se produce a 8 días, transcurridos los cuales y hasta 30 días naturales se deberá acreditar justa causa que constará en la inscripción. Pasado dicho plazo, es necesario tramitar expediente de inscripción de nacimiento fuera de plazo ante el Encargado del Registro Civil correspondiente.

También pueden practicarse las inscripciones de nacimiento, sin necesidad de dicho expediente, por certificación de asientos extendidos en Registros extranjeros siempre que no haya duda de la realidad del hecho inscrito y de su legalidad conforme a la ley española.

Para realizar la inscripción de nacimiento se deberá:

b. Hijos matrimoniales:

En este caso se precisa la declaración de quien tuviera conocimiento cierto del nacimiento, estando obligados a emitir tal declaración el padre, la madre, los abuelos, los tíos, primos, o cuñados del nacido, y aportar la siguiente documentación:

- Parte médico de alumbramiento (este impreso es facilitado por el propio hospital donde éste tuvo lugar).
- D.N.I. de los padres y Libro de Familia (o documento que acredite el matrimonio debidamente legalizado y traducido en su caso).

c. Hijos no matrimoniales

En este caso se precisa la declaración de los progenitores, debiendo acudir el padre y la madre personalmente al registro, y aportando la siguiente documentación:

- Parte médico de alumbramiento (este impreso es facilitado por el propio hospital donde éste tuvo lugar).
- Sus respectivos D.N.I.
- Se hará constar el estado civil de la madre.
 - Si existe matrimonio anterior, se deberá romper la presunción legal de paternidad aportando: Certificado de matrimonio (con la nota correspondiente), y sentencia firme de separación o divorcio (testimoniada).
 - Si se trata de separación de hecho, tendría que acudir al Registro con dos testigos.

d. Requisitos de la inscripción

- Con carácter general
En la inscripción se expresará el nombre que se da al nacido.
- Prohibiciones
 - Hay que tener en cuenta que no se puede designar más de un nombre compuesto ni más de dos simples.

- Se establecen una serie de prohibiciones relativas al nombre quedando prohibidos los nombres siguientes:
 - Los que objetivamente perjudiquen a la persona.
 - Aquellos que pudieran confundir en la identificación de la persona.
 - Los que induzcan a error en cuanto al sexo.
 - Supuestos especiales
 - En el caso de que se opte por la inscripción del nacimiento en la localidad de domicilio común de los padres, distinto al del lugar en que se produjo el nacimiento, se exige que la solicitud se formule por la comparecencia de los progenitores de común acuerdo, y dentro del plazo para practicar la inscripción desde el nacimiento o alumbramiento (momento en el que una persona tiene vida propia independiente, fuera del seno materno). Es necesario que comparezcan ambos, aportando la siguiente documentación:
 - Certificado de empadronamiento de ambos padres.
 - Certificado de la Clínica u Hospital de que no se ha promovido ninguna otra inscripción del recién nacido.
 - Se debe acreditar el domicilio común de los padres en el lugar en que se pretende inscribir. La acreditación se hará por DNI o, en su defecto, por certificado de empadronamiento.
 - Los solicitantes deben manifestar bajo su responsabilidad que no han promovido la inscripción en el Registro Civil correspondiente al lugar de nacimiento, acompañando además una certificación acreditativa de que tampoco lo ha hecho la dirección del centro hospitalario en el que tuvo lugar el nacimiento.
 - Además, será preciso hacer que conste expresamente en la casilla destinada a observaciones, que se considera a todos los efectos legales que el lugar de nacimiento del inscrito es el municipio en el que ha sido practicado el asiento. Las certificaciones en el extracto sólo harán mención a este término municipal.
- e. Nombres y apellidos de los extranjeros que adquieren la nacionalidad española
- Nombres
 - El criterio general es que en la inscripción de nacimiento en el Registro español de un extranjero que ha adquirido la nacionalidad española, ha de consignarse como nombre propio el que aparezca en

la certificación extranjera de nacimiento que sirva de título para la inscripción, a no ser que se pruebe la utilización de hecho de otro nombre propio. Debe mantenerse el nombre que viniera usando el interesado, aunque no fuere de uso corriente que será completado o cambiado si infringe las normas establecidas.

- Rigen las mismas normas sobre prohibiciones que las establecidas con carácter general.
 - En todo caso, si el nombre que consta en la certificación del Registro local o el usado por el interesado se encuentra incluido en alguno de estos supuestos, ha de ser sustituido por otro ajustado a las normas españolas: habrá que sustituirlo por el usado habitualmente; en su defecto, por el elegido por el interesado o su representante legal, y en último término, por uno impuesto de oficio.
 - En el caso de nombres propios que consten en sistema de escritura distinto al nuestro (chino, japonés, etc.) se consignarán mediante su transcripción o transliteración, de manera que se consiga una adaptación gráfica y una equivalencia fonética. También en nombres propios escritos con caracteres latinos, a petición del interesado, cabría hacer adaptaciones ortográficas para facilitar su escritura y fonética (por ejemplo, supuestos en que el nombre original tuviese varias consonantes seguidas).
- Apellidos
 - Al extranjero que adquiere la nacionalidad española han de atribuírsele los apellidos determinados por la filiación, según lo establecido por la ley española.
 - Si esta filiación es conocida y si los progenitores no han acordado, antes de la inscripción, la inversión del orden de los apellidos se harán constar:
 - Como primer apellido, el primero del padre y como segundo, el primero de los personales de la madre, es decir, en cuanto al apellido materno no procede la atribución del que ésta pudo, por ejemplo, adquirir por matrimonio, sino el que tuviese antes de su celebración.
 - Asimismo, la ley permite a quien adquiere la nacionalidad española, conservar los apellidos que ostentase en forma distinta de la legal, si así lo declara en el momento de la adquisición o en los dos meses siguientes a ésta o a la mayoría de edad.
 - Cuando la filiación no determine otros apellidos, se mantendrán los que viniera usando el interesado.

- Cuando se trate de extranjeros que, conforme a su estatuto personal, tienen atribuido un solo apellido, al ser inscritos como españoles, han de hacerse constar dos apellidos.
- Vale para los apellidos lo dicho respecto de los nombres, en cuanto a las adaptaciones ortográficas y fonéticas.
- Respecto del cambio de nombre y apellidos, una vez adquirida la nacionalidad española, se rigen por la legislación española. Si se han acogido a la facultad de conservar los apellidos que ostentaban antes de adquirir la nacionalidad española, no pueden acogerse posteriormente a la posibilidad de invertir el orden de los apellidos.
- Cuando la inscripción de nacimiento se refiera a extranjeros, en lo referente a la imposición del nombre y apellidos, se seguirá lo dispuesto en su ley personal.

B. Inscripción del recién nacido

La Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957, necesitaba una reforma para ser adaptada a la Constitución Española y a la realidad actual de la sociedad de nuestro país en la que se han producido grandes transformaciones sociológicas, políticas, económicas y técnicas.

Fruto de esa reforma surgió la Ley 20/2011 sobre el Registro Civil, que exponemos a continuación.

a. Ley ordinaria. Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil

TÍTULO I. Disposiciones generales

Objeto de la Ley. Es la ordenación jurídica del Registro Civil, tanto en cuanto a su organización, dirección y funcionamiento, como al acceso de los hechos y actos que se hacen constar en él y a la publicidad y los efectos que se otorgan a su contenido.

Naturaleza y características

- Es un registro público dependiente del Ministerio de Justicia y, dentro de él, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, cuyas órdenes, instrucciones, resoluciones y circulares deben de ser cumplidas por los encargados del Registro Civil.

- Es único para toda España. Por ello, la solicitud de inscripción y la práctica de la misma se podrán efectuar en cualquiera de las Oficinas Generales del Registro Civil con independencia del lugar en el que se produzcan los hechos o actos inscribibles. Si se producen en el extranjero, también se podrá solicitar y practicar en la Oficina Consular de la circunscripción correspondiente.
- Es electrónico. Los datos se integrarán en una base de datos única. Los Encargados practicarán los asientos mediante firma electrónica reconocida. Los ciudadanos podrán también acceder a los servicios del Registro Civil mediante firma electrónica. Las Oficinas del Registro Civil se comunicarán entre sí a través de medios electrónicos. Todas las Administraciones y funcionarios públicos tendrán acceso a sus datos con las excepciones relativas a los datos especialmente protegidos previstas en esta Ley.

Contenido

- Hechos y actos inscribibles. Son los que se refieren a la identidad, estado civil y demás circunstancias de la persona. Son por tanto, inscribibles entre otras:
 1. ° El nacimiento.
 2. ° La filiación.

TÍTULO VI. Hechos y actos inscribibles

Nacimiento

- Son inscribibles los nacimientos de las personas, conforme a lo previsto en el artículo 30 CC, cuya redacción ha cambiado (ver disposiciones finales).
- La inscripción hace fe del hecho, fecha, hora y lugar del nacimiento, identidad, sexo y, en su caso, filiación del inscrito.
- Se prevé la remisión de los datos del nacido a través de un documento oficial por los responsables de los centros sanitarios, acompañada del parte facultativo en un plazo de 24 horas.
- A cada nacido se le abrirá un registro individual y le será asignado un código personal.
- No constará la filiación paterna en los casos en que se constate que la madre tiene vínculo matrimonial con persona distinta de la que figura en la declaración o sea de aplicación la presunción prevista en el art. 116 Código Civil.

- El Encargado remitirá certificación literal al domicilio del declarante.
- Nombre y apellidos.
- No podrán consignarse más de dos nombres simples o uno compuesto, que no sean contrarios a la dignidad de la persona o confusos y distintos de los de sus hermanos vivos con idénticos apellidos.
- La filiación determina los apellidos.
- Se prescinde de la histórica prevalencia del apellido paterno frente al materno permitiendo que ambos progenitores sean los que decidan el orden de los apellidos.
- En caso de desacuerdo, tras ser requeridos, el Encargado del Registro Civil acordará el orden de los apellidos atendiendo al interés superior del menor.
- Si hay una sola filiación también podrá determinarse el orden de apellidos.
- El orden establecido para la primera inscripción de nacimiento determina el orden para posteriores nacimientos con idéntica filiación.
- Se sistematiza y agiliza el procedimiento de cambio de nombres y apellidos y se somete, como regla general, a la competencia del Encargado del Registro Civil.
- Se elimina toda referencia a la filiación no matrimonial.

C. Supuesto de parto

Regulado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal por los artículos 220 al 222.

Artículo 220

1. La suposición de un parto será castigada con las penas de prisión de seis meses a dos años.
2. La misma pena se impondrá al que ocultare o entregare a terceros un hijo para alterar o modificar su filiación.
3. La sustitución de un niño por otro será castigada con las penas de prisión de uno a cinco años.

(..)

5. Las sustituciones de un niño por otro que se produjeran en centros sanitarios o socio-sanitarios por imprudencia grave de los responsables de su identificación y custodia, serán castigadas con la pena de prisión de seis meses a un año.

Artículo 221

1. Los que, mediante compensación económica, entreguen a otra persona un hijo, descendiente o cualquier menor aunque no concurra relación de filiación o parentesco, eludiendo los procedimientos legales de la guarda, acogimiento o adopción, con la finalidad de establecer una relación análoga a la de filiación, serán castigados con las penas de prisión de uno a cinco años y de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad por tiempo de cuatro a diez años.

Nota: Modificado el Número 1 del artículo 221 redactado por el apartado septuagésimo tercero del artículo único de la L.O. 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (B.O.E. del 26 noviembre del 1995) y con vigencia desde 1 octubre 2004.

Artículo 222

El educador, facultativo, autoridad o funcionario público que, en el ejercicio de su profesión o cargo, realice las conductas descritas en los dos artículos anteriores, incurrirá en la pena en ellos señalada y, además, en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a seis años.

A los efectos de este artículo, el término facultativo comprende los médicos, matronas, personal de enfermería y cualquier otra persona que realice una actividad sanitaria o socio-sanitaria.

2.7. Reproducción asistida. Inseminación artificial. Fecundación in vitro y transferencia de embriones. Maternidad subrogada. Manipulación genética. Donación de células madre. Legislación vigente

A. Reproducción asistida

Suele entenderse por “técnicas de reproducción asistida” a la manipulación de los elementos reproductores humanos, sean éstos células germinales, gametos o embriones, con el fin de conseguir la procreación por medios no-naturales. Su objetivo es ayudar y optimizar las posibilidades de fertilización y de embarazos viables.

El primer caso relacionado con estas técnicas tiene lugar en 1978 en la ciudad de Londres, con el nacimiento de la niña Louise Brown, primer ser humano del mundo reproducido con esta asistencia.

La considerada como primera maternidad de alquiler tuvo lugar en el año 1980 en EEUU.

En España, el primer caso de FIV lo tenemos en Barcelona, más concretamente en el Instituto Dexeus en el año 1984, y en el año 1983 nacieron en España los primeros gemelos de una donación de óvulos.

Dentro de las Técnicas de Reproducción Humana tenemos:

- a. Inseminación Artificial con semen del marido, denominada IAC (Inseminación Artificial del Cónyuge o Inseminación Homóloga).
- b. Inseminación Artificial con semen de donante, denominada IAD, es procedente de una tercera persona y también se la conoce como Inseminación Heteróloga.
- c. Fecundación In Vitro (FIV), que puede ser tanto Homóloga, como Heteróloga. La fecundación se obtiene mediante técnicas de laboratorio, ante la imposibilidad de que el óvulo sea fecundado por el semen en condiciones normales.

- d. Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG), que no es si no colocar a nivel tubárico, dos óvulos y espermatozoides para que estos últimos se encarguen de fecundar a los óvulos a nivel del tercio externo de las Trompas de Falopio.

Viene regulada por los artículos 1, 2, 3 y 4 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, que a continuación exponemos:

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación de la Ley.

1. Esta Ley tiene por objeto:
 - a) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas.
 - b) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas en los términos previstos en esta Ley.
 - c) La regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.
2. A los efectos de esta Ley se entiende por preembrión el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde.
3. Se prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos.

Artículo 2. Técnicas de reproducción humana asistida.

1. Las técnicas de reproducción humana asistida que, conforme a lo que se determina en el artículo 1, reúnen las condiciones de acreditación científica y clínica son las relacionadas en el anexo.
 1. Inseminación artificial.
 2. Fecundación in Vitro e inyección intracitoplásmica de espermatozoides con gametos propios o de donante y con transferencia de preembriones.
 3. Transferencia intratubárica de gametos.
2. La aplicación de cualquier otra técnica no relacionada en el anexo requerirá la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, para su práctica provisional y tutelada como técnica experimental.

3. El Gobierno, mediante real decreto y previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, podrá actualizar el anexo para su adaptación a los avances científicos y técnicos y para incorporar aquellas técnicas experimentales que hayan demostrado, mediante experiencia suficiente, reunir las condiciones de acreditación científica y clínica precisas para su aplicación generalizada.

Artículo 3. Condiciones personales de la aplicación de las técnicas.

1. Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.
2. En el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en cada mujer en cada ciclo reproductivo.
3. La información y el asesoramiento sobre estas técnicas, que deberá realizarse tanto a quienes deseen recurrir a ellas como a quienes, en su caso, vayan a actuar como donantes, se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas, y deberá precisar igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento. Incumbirá la obligación de que se proporcione dicha información en las condiciones adecuadas que faciliten su comprensión a los responsables de los equipos médicos que lleven a cabo su aplicación en los centros y servicios autorizados para su práctica.
4. La aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora de ellas quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación.
5. La mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su aplicación en cualquier momento de su realización anterior a la transferencia embrionaria, y dicha petición deberá atenderse.
6. Todos los datos relativos a la utilización de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas.

Artículo 4. Requisitos de los centros y servicios de reproducción asistida.

1. La práctica de cualquiera de las técnicas de reproducción asistida sólo se podrá llevar a cabo en centros o servicios sanitarios debidamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria correspondiente. Dicha autorización especificará las técnicas cuya aplicación se autoriza en cada caso.
2. La autorización de un centro o servicio sanitario para la práctica de las técnicas de reproducción asistida exigirá el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en el capítulo V de esta Ley y demás normativa vigente, en especial, la dirigida a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad.

B. Inseminación artificial

La inseminación artificial consiste en colocar en el útero los espermatozoides seleccionados previamente de una muestra.

Los espermatozoides pueden ser de la pareja (Inseminación Artificial Conyugal o IAC) o de un banco de semen (Inseminación Artificial de Donante o IAD). El semen se prepara en el laboratorio, donde se separan los espermatozoides móviles del resto de componentes (plasma seminal y otras células). Para aumentar las posibilidades de embarazo se estimulan hormonalmente los ovarios y se controla la ovulación para saber cuál es el mejor momento para hacer la inseminación.

a. Inseminación Artificial de Cónyuge (IAC):

La inseminación artificial es idónea cuando los espermatozoides tienen dificultades para llegar al útero (impotencia, mala calidad del semen, etc.). En muchas ocasiones, se plantea como terapia previa a la fecundación in vitro (FIV).

También es adecuada ante disfunciones ovulatorias, alteraciones anatómicas y/o funcionales del cuello del útero (factor cervical), factores coitales o esterilidad de origen desconocido.

La inseminación artificial conyugal (IAC) es una técnica cuya finalidad es depositar el esperma en la cavidad uterina, con el fin de facilitar el encuentro entre los espermatozoides y el ovocito, sin que exista coito y/o contacto sexual entre la pareja.

Los espermatozoides se depositan directamente en la cavidad uterina (inseminación intrauterina) evitando así cualquier obstáculo y reduciendo el recorrido hasta el lugar de la fecundación.

Consta de una serie de fases, que explicamos a continuación:

- Control y estimulación de los ovarios

Se estimulan los ovarios a través de la administración de agentes inductores de la ovulación como el Citrato de Clomifeno y de hormonas (folículo estimulante FSH y, en algunos casos, luteoestimulante LH, Gonadotropina menopáusica humana (HMG), FSH urinaria pura y ultrapura, FSH recombinante) y se controla el desarrollo del ciclo mediante ecografías hasta comprobar que el número y tamaño de los folículos es el adecuado (sólo es necesario un folículo para esta técnica). Es entonces cuando mediante la administración de otra hormona que imita la LH, (que es la hormona) la que naturalmente provoca la ovulación, (LH u hormona luteoestimulante) se provoca la liberación del óvulo.

- Preparación de la muestra de semen

El mismo día de la inseminación, el hombre entrega la muestra de semen al laboratorio. La muestra se trata para separar los espermatozoides móviles del resto. Tras este proceso se obtiene una concentración de espermatozoides móviles (varios millones) suficientes para realizar la inseminación.

- Inseminación

Es una práctica rápida y sencilla que no precisa ingreso ni anestesia.

Tras la IAC, la paciente permanece en reposo unos 15 minutos. Ese día se recomienda vida tranquila y no mantener relaciones sexuales.

El día de la ovulación se carga la muestra de espermatozoides en una fina cánula y se introduce en el útero para inyectarlos. Es un proceso sencillo, indoloro y muy similar al de cualquier revisión ginecológica.

b. Inseminación Artificial de Donante (IAD)

La técnica de inseminación artificial con semen de donante (IAD) es la misma que la descrita con la IAC (Inseminación Artificial de Cónyuge), con la diferencia de que el esperma usado proviene de un banco de esperma de donantes, en el cual se ha realizado un proceso de criopreservación, manteniendo el anonimato del donante y permitiendo una mejor selección de los donantes al tener a nuestra disposición varias muestras de semen.

El proceso consiste en colocar en el útero los espermatozoides de un banco de semen. Es una técnica simple y eficaz, porque la muestra de semen presenta unas condiciones óptimas de calidad y cantidad de espermatozoides, ya que procede de un hombre sano.

La inseminación artificial con semen de donante es recomendable cuando en el hombre existen enfermedades hereditarias, incapacidad de los testículos para fabricar espermatozoides (fallo testicular) o bien en mujeres sin pareja masculina.

A continuación explicamos las distintas fases que son muy parecidas a las descritas en la IAC:

- Control y estimulación de los ovarios

Igual que en la IAC.

- Obtención de la muestra de semen

La muestra de semen se obtiene de un donante que ha pasado por un completo estudio médico (análisis de semen, análisis de sangre y orina, exploración general, estudio de enfermedades de transmisión sexual y examen psicológico) para asegurar la calidad de sus espermatozoides y descartar cualquier patología. Todos los donantes son mayores de edad y firman un consentimiento y el anonimato de su donación. El semen se congela antes de su utilización y se mantiene sin utilizar durante un mínimo de 6 meses para garantizar el período ventana de ciertas enfermedades de transmisión sexual.

- Inseminación

La inseminación se realiza de manera idéntica a la Inseminación Artificial Conyugal (IAC), pero con el semen criopreservado de un banco de semen. El día de la ovulación se carga la muestra de espermatozoides seleccionados en una fina cánula y se introduce en el útero. Es un proceso sencillo, indoloro y muy similar al de cualquier revisión ginecológica.

C. Fecundación in vitro y transferencia de embriones

En términos generales, la fecundación in vitro (FIV), no sería sino un procedimiento de laboratorio por el que los espermatozoides fecundan a los ovocitos fuera del útero/ trompas maternas con el fin de obtener una serie de embriones para ser transferidos en un futuro al útero materno.

En base a la existencia o no de problemas de esterilidad podemos encontrar las distintas indicaciones de las técnicas de FIV:

a. Indicaciones por esterilidad:

- Esterilidad por factor masculino.
- Patología a nivel de la trompas de Falopio, como por ejemplo en caso de obstrucciones mecánicas, salpingectomía etc...
- Endometriosis.
- Esterilidad sin ninguna causa aparente en ambos miembros de la pareja.

b. Indicaciones en ausencia de esterilidad:

- Diagnóstico genético preimplantacional (DGP): esta técnica permite distinguir los embriones “normales” genéticamente de los defectuosos entre los obtenidos mediante un ciclo de FIV, mediante el estudio de los blastómeros embrionarios permitiendo la transferencia selectiva de los embriones normales. La técnica consiste en hacer un orificio en la membrana pelúcida de cada embrión con la ayuda de un láser específico. El orificio debe ser de un tamaño adecuado para extraer uno o dos blastómeros (células del embrión) y causar el menor daño posible al embrión.
- Mientras las células extraídas por biopsia son sometidas a estudio, los embriones siguen en cultivo hasta la obtención de los resultados del análisis genético. Entonces se valora su idoneidad para ser transferidos.
- Las indicaciones para efectuar el DGP estarían en base a una serie de premisas como que la paciente tenga una buena respuesta a la estimulación ovárica y la enfermedad genética a estudio se encuentre dentro de los límites legales que la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida determina para la realización de un ciclo de DGP, que solamente se puede practicar en centros autorizados y en los siguientes supuestos:
 - a) En caso de detectarse enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptible de tratamiento curativo postnatal, con objeto de seleccionar preembriones no afectados para la transferencia.

b) Para la detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del embrión.

- En caso de mujeres seronegativas con parejas HIV positivas mediante el “lavado seminal”, que consiste en diversas centrifugaciones del semen y separación del líquido seminal y las células, comprobando a posteriori que han quedado libres de partículas virales.
- Actualmente se utiliza una técnica ICSI (del inglés Intracytoplasmic Sperm Injection, es a fin de cuentas una microinyección citoplasmática de espermatozoides (ICSI)), puesto que el uso de un espermatozoide lavado por ovocito minimiza el riesgo de contagio.

c) Los pasos de una FIV se divide en dos:

- 1^{er} paso: realizar la captación de los ovocitos. Tras la estimulación ovárica farmacológica, se procede a la aspiración de los folículos por punción transvaginal mediante ecografía de aquellos folículos con diámetro igual o superior a 12 mm.

Se realiza de forma ambulatoria y se practica mediante anestesia local, epidural o bajo sedación IV, quedando en observación de 30 minutos a 4 horas para el control de posibles incidencias para posteriormente darle el alta y mantenerse en observación domiciliaria.

- 2^o paso, efectuar la transferencia embrionaria (TE). Tras la fecundación de los ovocitos llevada a cabo por los espermatozoides y la posterior división de cigotos en el laboratorio, se lleva a cabo la transferencia guiada por ecografía y que consiste en pasar una cánula a través del cérvix y depositar los embriones de mejor calidad (previo estudio por los biólogos del centro y no más de 2) en la cavidad uterina.

La transferencia debe ser rápida para que los cambios de temperaturas y del medio no puedan influir de forma negativa en la calidad de los embriones.

En España, la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (LTRHA) establece que no deben transferirse más de tres embriones, por lo que en la práctica se transfieren uno o dos embriones. El resto de embriones originados se pueden conservar durante periodos prolongados mediante su congelación en medios adecuados para realizar otra transferencia posterior tras ser descongelados.

La transferencia se realiza a los 2-3 días postpunción y la paciente debe permanecer en reposo en decúbito supino al menos 15-30 minutos posteriormente a la transferencia. Se le administran inyecciones de progesterona o bien en forma de óvulos vaginales varias veces al día para ayudar en el proceso de implantación y favorecer la consecución de la gestación.

D. Maternidad subrogada

Antes de empezar, creemos necesario aclarar el término de subrogación. Cuando hablamos de subrogación hablamos de sustitución, de manera que un embarazo por sustitución es el que se produce cuando una mujer accede a quedar embarazada y a dar a luz un hijo, en sustitución de otra que no puede o no quiere hacerlo, mediante la transferencia de embriones procedentes de gametos propios o de la madre subrogada.

Se le conoce como los llamados “vientres de alquiler”, aunque quizás no sea un término muy correcto porque en muchas ocasiones no está intermediado por ninguna contraprestación económica o patrimonial.

El primer caso de la maternidad subrogada ocurrió cuando una sierva que se llamaba Agar (madre subrogante) fue invitada como madre de alquiler para que llevara en su vientre a un bebé de Abraham cuya mujer (madre subrogada) no había podido llevar a buen término un embarazo. Esto fue constatado en el Antiguo Testamento (el Libro del Génesis, 16) dos mil años antes de Cristo.

La historia cuenta muchos otros casos similares de la solución del problema de infertilidad, en que las siervas y las concubinas se usaron como las madres de alquiler en muchos países del mundo. Claro que por aquel entonces fue posible sólo la llamada maternidad subrogada “tradicional”, cuando el padre-cliente y la madre de alquiler fueron los padres genéticos del niño, y la fecundación fue realizada de manera natural.

Este aspecto de la reproducción viene regulado por el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida:

Artículo 10. Gestación por sustitución.

1. Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.
2. La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.
3. Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.

En nuestro país la gestación subrogada no es legal como hemos visto en el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida en el punto 1.

Sin embargo, la Instrucción de 5 de octubre de 2010 de la Dirección General de los Registros y el Notariado ha dejado sin contenido efectivo la prohibición de la gestación subrogada, al contemplar la inscripción en el Registro Civil de niños frutos de esta técnica siempre que el procedimiento se haya llevado a cabo en un país en el que dicha técnica esté regulada, que uno de los padres sea español y que exista una resolución judicial que garantice, entre otros aspectos, los derechos de la mujer gestante.

a. Existen dos tipos de subrogación:

1. Total, en que los dos gametos son aportados por los “padres adoptivos”, ambos provienen de donantes o un gameto es de donante y el otro del “padre/madre adoptivo”.
2. Parcial, cuando existe un vínculo genético entre la madre subrogada y el hijo, ya que esta aporta el óvulo del que procede el embrión que se le ha transferido.

b. Y las indicaciones de éstas, serían:

1. Subrogación total:

- Gametos procedentes de padres adoptivos:
 - Ausencia de útero como en el caso de algunos síndromes, histerectomía previa, útero cicatricial.
 - Contraindicaciones médicas al embarazo que pueden variar de acuerdo al riesgo y la severidad de la situación, tanto para la madre como para el hijo, las cuales son indicaciones relativas.

Otras indicaciones como fallo repetido de FIV o aborto de repetición no están consensuadas y precisan de mayor investigación. En algunos países se acepta también la indicación social.

- Donación de ambos gametos o embriones: serían las mismas indicaciones de la subrogación total, más la ausencia de ambos gametos o problemas genéticos graves en ambos gametos de los “padres adoptivos”.
- Donación de un gameto: serían las mismas indicaciones de la subrogación total y ausencia o problemas genéticos en uno de los gametos de los “padres adoptivos”.

2. Subrogación parcial:

- Donación del óvulo por la propia madre subrogada: serían las mismas indicaciones de la subrogación total y ausencia de óvulos o problemas genéticos en la “madre adoptiva”.

En este procedimiento es de gran importancia la documentación suscrita por las partes implicadas. El consentimiento informado debe contemplar con respecto a la madre subrogada la ausencia de derechos y responsabilidad sobre el hijo tras el parto, lo que corresponderá a los padres adoptivos, comenzando su responsabilidad moral desde el momento en que se inicia el procedimiento. Además, este consentimiento se debe ampliar a la familia de la gestante con el fin de proteger sus relaciones familiares y de que el marido de ésta asuma la paternidad del recién nacido hasta el momento en que la asumen los padres adoptivos.

Es necesario apuntar que la práctica de la maternidad subrogada o gestación por sustitución, presenta situaciones muy cuestionables y no fáciles de resolver desde el punto de vista ético y jurídico, porque origina posibilidades muy diversas en cuanto a la determinación genética de la paternidad, maternidad y filiación.

El embarazo obliga a que exista un acuerdo mutuo con respecto al screening prenatal, cuidados gestacionales, terminación del embarazo que solo puede ser justificada por razones médicas y modo del parto. En este sentido es importante destacar que desde un punto de vista ético no es aconsejable interrumpir un embarazo sano en contra del deseo de los padres subrogados, sin embargo desde el punto de vista legal la madre subrogante tiene el derecho a hacerlo y esto debe ser tenido en cuenta en el momento del acuerdo por parte de los padres subrogados.

No existen evidencias claras ni un seguimiento a largo plazo del desarrollo social y psicológico de los hijos nacidos tras subrogación uterina, así como de la posible confusión sobre los roles maternos, por lo que no se pueden descartar posibles conflictos.

E. Manipulación genética

El Código Penal del año 1995, hace referencia en 3 artículos a los delitos relacionados con la manipulación genética. A continuación procederemos a su descripción:

Artículo 159

1. Serán castigados con la pena de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de siete a diez años los que, con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo.

2. Si la alteración del genotipo fuere realizada por imprudencia grave, la pena será de multa de seis a quince meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de uno a tres años.

Artículo 161

1. Serán castigados con la pena de prisión de uno a cinco años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de seis a diez años quienes fecunden óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana.
2. Con la misma pena se castigará la creación de seres humanos idénticos por clonación u otros procedimientos dirigidos a la selección de la raza.

Artículo 162

1. Quien practicare reproducción asistida en una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de dos a seis años, e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por tiempo de uno a cuatro años.

F. Donación de células madre

La donación de ovocitos es una técnica de reproducción asistida en la que se aporta un gameto femenino por una mujer distinta a la que recibirá el embrión resultante de la fecundación.

Las tres indicaciones más habituales actualmente son la edad de las pacientes, una baja respuesta a la estimulación con gonadotrofinas y el fallo ovárico prematuro.

La Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida establece varias condiciones para poder ser donante de ovocito y vienen recogidas en el artículo 5 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida:

a. Artículo 5. Donantes y contratos de donación.

1. La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta Ley es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado.
2. La donación sólo será revocable cuando el donante precisase para sí los gametos donados, siempre que en la fecha de la revocación aquéllos estén disponibles. A la revocación procederá la devolución por el donante de los gastos de todo tipo originados al centro receptor.

3. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica resarcitoria que se pueda fijar sólo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo económico para ésta.

Cualquier actividad de publicidad o promoción por parte de centros autorizados que incentive la donación de células y tejidos humanos deberá respetar el carácter altruista de aquélla, no pudiendo, en ningún caso, alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, fijará periódicamente las condiciones básicas que garanticen el respeto al carácter gratuito de la donación.

4. El contrato se formalizará por escrito entre los donantes y el centro autorizado. Antes de la formalización, los donantes habrán de ser informados de los fines y consecuencias del acto. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
5. La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan.

Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones.

Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes.

6. Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los

donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. Estas mismas condiciones serán aplicables a las muestras de donantes procedentes de otros países; en este caso, los responsables del centro remitidor correspondiente deberán acreditar el cumplimiento de todas aquellas condiciones y pruebas cuya determinación no se pueda practicar en las muestras enviadas a su recepción. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.

7. El número máximo autorizado de hijos nacidos en España que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis. A los efectos del mantenimiento efectivo de ese límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de éstas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones.

Será responsabilidad de cada centro o servicio que utilice gametos de donantes comprobar de manera fehaciente la identidad de los donantes, así como, en su caso, las consecuencias de las donaciones anteriores realizadas en cuanto a la generación de hijos nacidos previamente. Si se acreditase que el número de éstos superaba el límite establecido, se procederá a la destrucción de las muestras procedentes de ese donante.

A partir de la entrada en funcionamiento del Registro nacional de donantes a que se refiere el artículo 21, la comprobación de dichos datos podrá hacerse mediante consulta al registro correspondiente.

8. Las disposiciones de este artículo serán de aplicación a los supuestos de donación de gametos sobrantes no utilizados en la reproducción de la propia pareja para la reproducción de personas ajenas a ella.

b. CAPÍTULO VII

Registros nacionales de reproducción asistida

Artículo 21. Registro nacional de donantes.

1. El Registro nacional de donantes, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, es aquel registro administrativo en el que se inscribirán los donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, con las garantías precisas de confidencialidad de los datos de aquéllos.

2. Este registro, cuyos datos se basarán en los que sean proporcionados por las comunidades autónomas en lo que se refiere a su ámbito territorial correspondiente, consignará también los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización.
3. El Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y mediante real decreto, regulará la organización y funcionamiento del registro nacional.

G. Legislación vigente

Queda regulada en la actualidad por la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida que procedemos a detallar.

Se estructura en un total de 28 artículos, cinco disposiciones adicionales, dedicadas la primera a determinar el destino de los preembriones crioconservados con anterioridad a la entrada en vigor de la ley; la segunda a la Comisión de Seguimiento y Control de Donación, utilización de células y tejidos humanos; la tercera a la Organización Nacional de Trasplantes y a la modificación del organismo autónomo que representa el Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa creado por la disposición adicional única de la Ley 45/2003, de 21 de noviembre; la cuarta al Banco Nacional de Líneas Celulares que se adscribe al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Salud «Carlos III»; y la quinta destinada a garantizar la no discriminación de las personas con discapacidad que gozarán de los mismos derechos y facultades reconocidos en esta ley; igualmente, de una disposición derogatoria única, con el contenido antes indicado, y de tres disposiciones finales, precisando la primera de ellas que esta ley tiene carácter básico, y se dicta al amparo del artículo 149.1.15ª de la Constitución, y los artículos 7 al 10 que se dictan al amparo de su artículo 149.1.8; la segunda en la que se faculta al Gobierno para que dicte cuantas disposiciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de esta ley, fijándose finalmente en la tercera, la entrada en vigor de la ley ya mencionada en líneas precedentes.

La aparición de las técnicas de reproducción asistida en la década de los 70 supuso la apertura de nuevas posibilidades de solución del problema de la esterilidad para un amplio número de parejas aquejadas por esta patología. La novedad y utilidad de estas técnicas hicieron sentir muy pronto en los países de nuestro entorno la necesidad de abordar su regulación.

En España esta necesidad se materializó tempranamente mediante la aprobación de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. La ley española fue una de las primeras en promulgarse entre las legislaciones sobre esta materia desarrolladas en países de nuestro entorno cultural y geográfico.

Dicha ley supuso un indudable avance científico y clínico en la medida en que las técnicas de reproducción asistida, además de coadyuvar a paliar los efectos de la esterilidad, se manifiestan como especialmente útiles para otros fines, tales como los diagnósticos o de investigación.

El importante avance científico constatado en los últimos años, el desarrollo de nuevas técnicas de reproducción, el aumento del potencial investigador y la necesidad de dar respuesta al problema del destino de los preembriones supernumerarios, hicieron necesaria una reforma o revisión en profundidad de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre.

La Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sólo dio una respuesta parcial a tales exigencias. En efecto, dicha ley autorizó la utilización, con fines de investigación, de los preembriones que se encontraban crioconservados con anterioridad a su entrada en vigor -Noviembre de 2003-, aunque bajo condiciones muy restrictivas. Pero a la vez que abría esta posibilidad, establecía la limitación de producir un máximo de tres ovocitos en cada ciclo reproductivo, lo que dificultaba la práctica ordinaria de las técnicas de reproducción asistida, al impedir poner los medios para lograr el mayor éxito con el menor riesgo posible para la salud de la mujer, que era el principal objetivo de la ley modificada.

Precisamente por ello, la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida se mostró particularmente crítica con este aspecto de la reforma.

Por otra parte, la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, dispensaba distinto tratamiento a los preembriones crioconservados o congelados según cual fuera la fecha de su generación. Los anteriores a noviembre de 2003, fecha de la entrada en vigor, podían ser dedicados, además de a otros fines, a la investigación, posibilidad que estaba vedada a los generados con posterioridad, que podrían destinarse únicamente a fines reproductivos de la pareja generadora o a la donación a otras mujeres.

La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida insistió desde la promulgación de la citada ley en la necesidad de acometer con prontitud la reforma de la legislación vigente, con el fin de corregir las deficiencias advertidas y de acomodarla a la realidad actual. Para ello, en sus últimas reuniones ha ido definiendo las líneas directrices que debería seguir la nueva regulación y que esta ley incorpora.

Esta ley se enmarca precisamente en esa línea e introduce importantes novedades. En primer lugar, define claramente, con efectos exclusivamente circunscritos a su ámbito propio de aplicación, el concepto de preembrión, entendiendo por tal al embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde. Además, en línea con lo que dispone la Constitución Europea, prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos.

Las técnicas de reproducción asistida que pueden practicarse también son objeto de nueva regulación. Debido a que la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, siguió el método de enumerar, mediante una lista cerrada, cuantas posibilidades técnicas eran conocidas en aquel momento, y fijaba en relación con ellas los límites legales de actuación, las nuevas técnicas surgidas por los avances científicos carecen de una consideración expresa en la norma, y suscitan el debate sobre la existencia de un vacío jurídico o, por el contrario, la aplicación extensiva de la ley en vigor sobre la base de una interpretación lo más amplia posible. La nueva ley sigue un criterio mucho más abierto al enumerar las técnicas que, según el estado de la ciencia y la práctica clínica, pueden realizarse hoy día. Sin embargo, evita la petrificación normativa, y habilita a la autoridad sanitaria correspondiente para autorizar, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, la práctica provisional y tutelada como técnica experimental de una nueva técnica. Una vez constatada su evidencia científica y clínica, el Gobierno, mediante real decreto, puede actualizar la lista de técnicas autorizadas.

Por otra parte, se ha producido una evolución notable en la utilización y aplicación de las técnicas de reproducción asistida en su vertiente de solución de los problemas de esterilidad, al extender también su ámbito de actuación al desarrollo de otras complementarias para permitir evitar, en ciertos casos, la aparición de enfermedades, en particular en las personas nacidas que carecen de tratamiento curativo. El diagnóstico genético preimplantacional abre nuevas vías en la prevención de enfermedades genéticas que en la actualidad carecen de tratamiento y a la posibilidad de seleccionar preembriones para que, en determinados casos y bajo el debido control y autorización administrativos, puedan servir de ayuda para salvar la vida del familiar enfermo.

La ley es respetuosa con la realidad autonómica actual del Estado español, en el que la autorización de proyectos concretos corresponde de manera indudable a las comunidades autónomas, a las que se dota del necesario apoyo técnico, mediante el reforzamiento del papel asesor de una única comisión, de la que forman parte representantes de las propias comunidades autónomas.

Precisamente por ello, la ley refuerza el papel asesor de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que debe emitir informes preceptivos acerca de cuantos proyectos nuevos, sea para el desarrollo de nuevas técnicas, sea como investigación de carácter básico o aplicado, se puedan promover, pero al mismo tiempo, mantiene la capacidad decisoria de las autoridades sanitarias correspondientes.

Por otro lado, la realidad de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida en nuestro país no puede ser ajena a la consideración de que dichas técnicas se han desarrollado de manera extensiva en especial en el ámbito privado. De esa realidad

se deriva que la intervención de los poderes públicos en este campo, debe ir dirigida también a compensar la asimetría de información que existe entre quienes acuden a demandar la aplicación de estas técnicas y quienes las aplican, de manera que se garantice en lo posible el equilibrio de intereses entre unos y otros.

Uno de los mecanismos prioritarios para contribuir a la equidad de esa relación, es la disponibilidad de una información accesible a los usuarios de las técnicas que sea clara y precisa sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que las practican. Esta necesidad se traduce en la ley, en el reforzamiento de los registros y otros mecanismos de información que deben constituirse, hasta el punto de considerar dicha información pública como un elemento esencial de la práctica de las técnicas, de manera que se proporcionen a los ciudadanos que acuden a los centros los instrumentos adecuados de información que les permitan ejercer con criterios sólidos su capacidad de decisión.

Para ello, además del Registro de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana, ya previsto en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, se crea el Registro de Actividad de los Centros de Reproducción Asistida. En el primero se consignarán los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización. Y en el segundo se registrarán los datos sobre tipología de técnicas y procedimientos, tasas de éxito y otras cuestiones que sirvan para informar a los ciudadanos sobre la calidad de cada uno de los centros, que deberán hacerse públicos, al menos, una vez al año. También se recogerá el número de preembriones que se conserven en cada centro o servicio de reproducción asistida y se elimina la obligación establecida en la ley anterior de enviar los preembriones sobrantes al Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.

Por último, para corregir los problemas suscitados por la legislación precedente, la ley elimina las diferencias en la consideración de los preembriones que se encontrasen criopreservados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, y los que pudieran generarse posteriormente, en cuanto a sus destinos posibles, siempre supeditados a la voluntad de los progenitores y, en el caso de la investigación, a condiciones estrictas de autorización, seguimiento y control por parte de las autoridades sanitarias correspondientes. Con ello, al igual que ocurre en otros países, se desarrollan instrumentos adecuados para garantizar la demandada protección del preembrión. Se eliminan los límites que se establecieron en la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, para la generación de ovocitos en cada ciclo reproductivo, límites que deberán derivar de manera exclusiva de las indicaciones clínicas que existan en cada caso.

La ley concluye con el correspondiente régimen de infracciones y sanciones, en el que se definen las conductas prohibidas y se les asignan las correspondientes sanciones.

Por último, esta ley deroga la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida y la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, y modifica el organismo autónomo Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa, que pasa a denominarse Organización Nacional de Trasplantes y a asumir sus funciones y competencias, excepto las que corresponden al Instituto de Salud «Carlos III», lo que supone la separación de las funciones puramente asistenciales de las relacionadas con la investigación.

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación de la Ley.

1. Esta Ley tiene por objeto:
 - a) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas.
 - b) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas en los términos previstos en esta Ley.
 - c) La regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.
2. A los efectos de esta Ley se entiende por preembrión el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde.
3. Se prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos.

Artículo 2. Técnicas de reproducción humana asistida.

1. Las técnicas de reproducción humana asistida que, conforme a lo que se determina en el artículo 1, reúnen las condiciones de acreditación científica y clínica son las relacionadas en el anexo.
2. La aplicación de cualquier otra técnica no relacionada en el anexo requerirá la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, para su práctica provisional y tutelada como técnica experimental.

3. El Gobierno, mediante real decreto y previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, podrá actualizar el anexo para su adaptación a los avances científicos y técnicos y para incorporar aquellas técnicas experimentales que hayan demostrado, mediante experiencia suficiente, reunir las condiciones de acreditación científica y clínica precisas para su aplicación generalizada.

Artículo 3. Condiciones personales de la aplicación de las técnicas.

1. Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.
2. En el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en cada mujer en cada ciclo reproductivo.
3. La información y el asesoramiento sobre estas técnicas, que deberá realizarse tanto a quienes deseen recurrir a ellas como a quienes, en su caso, vayan a actuar como donantes, se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas, y deberá precisar igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento. Incumbirá la obligación de que se proporcione dicha información en las condiciones adecuadas que faciliten su comprensión a los responsables de los equipos médicos que lleven a cabo su aplicación en los centros y servicios autorizados para su práctica.
4. La aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora de ellas quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación.
5. La mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su aplicación en cualquier momento de su realización anterior a la transferencia embrionaria, y dicha petición deberá atenderse.
6. Todos los datos relativos a la utilización de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas.

Artículo 4. Requisitos de los centros y servicios de reproducción asistida.

1. La práctica de cualquiera de las técnicas de reproducción asistida sólo se podrá llevar a cabo en centros o servicios sanitarios debidamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria correspondiente. Dicha autorización especificará las técnicas cuya aplicación se autoriza en cada caso.
2. La autorización de un centro o servicio sanitario para la práctica de las técnicas de reproducción asistida exigirá el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en el capítulo V de esta Ley y demás normativa vigente, en especial, la dirigida a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO II

Participantes en las técnicas de reproducción asistida

Artículo 5. Donantes y contratos de donación.

1. La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta Ley es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado.
2. La donación sólo será revocable cuando el donante precisase para sí los gametos donados, siempre que en la fecha de la revocación aquéllos estén disponibles. A la revocación procederá la devolución por el donante de los gastos de todo tipo originados al centro receptor.
3. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica resarcitoria que se pueda fijar sólo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo económico para ésta.

Cualquier actividad de publicidad o promoción por parte de centros autorizados que incentive la donación de células y tejidos humanos deberá respetar el carácter altruista de aquélla, no pudiendo, en ningún caso, alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, fijará periódicamente las condiciones básicas que garanticen el respeto al carácter gratuito de la donación.

4. El contrato se formalizará por escrito entre los donantes y el centro autorizado. Antes de la formalización, los donantes habrán de ser informados de los fines y consecuencias del acto.
5. La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan.

Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones.

Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes.

6. Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. Estas mismas condiciones serán aplicables a las muestras de donantes procedentes de otros países; en este caso, los responsables del centro remitidor correspondiente deberán acreditar el cumplimiento de todas aquellas condiciones y pruebas cuya determinación no se pueda practicar en las muestras enviadas a su recepción. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.
7. El número máximo autorizado de hijos nacidos en España que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis. A los efectos del mantenimiento efectivo de ese límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de éstas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones.

Será responsabilidad de cada centro o servicio que utilice gametos de donantes comprobar de manera fehaciente la identidad de los donantes, así como, en su caso, las consecuencias de las donaciones anteriores realizadas en cuanto a la generación de hijos nacidos previamente. Si se acreditase que el número de éstos superaba el límite establecido, se procederá a la destrucción de las muestras procedentes de ese donante.

A partir de la entrada en funcionamiento del Registro nacional de donantes a que se refiere el artículo 21, la comprobación de dichos datos podrá hacerse mediante consulta al registro correspondiente.

8. Las disposiciones de este artículo serán de aplicación a los supuestos de donación de gametos sobrantes no utilizados en la reproducción de la propia pareja para la reproducción de personas ajenas a ella.

Artículo 6. Usuarios de las técnicas.

1. Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.

La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

2. Entre la información proporcionada a la mujer, de manera previa a la firma de su consentimiento, para la aplicación de estas técnicas se incluirá, en todo caso, la de los posibles riesgos, para ella misma durante el tratamiento y el embarazo y para la descendencia, que se puedan derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada.
3. Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente. El consentimiento del cónyuge, prestado antes de la utilización de las técnicas, deberá reunir idénticos requisitos de expresión libre, consciente y formal.
4. En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante de semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora.

Artículo 7. Filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción asistida.

1. La filiación de los nacidos con las técnicas de reproducción asistida se regulará por las Leyes civiles, a salvo de las especificaciones establecidas en los tres siguientes artículos.
2. En ningún caso, la inscripción en el Registro Civil reflejará datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

Artículo 8. Determinación legal de la filiación.

1. Ni la mujer progenitora ni el marido, cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido como consecuencia de tal fecundación.
2. Se considera escrito indubitado a los efectos previstos en el artículo 49 de la Ley del Registro Civil el documento extendido ante el centro o servicio autorizado en el que se refleje el consentimiento a la fecundación con contribución de donante prestado por varón no casado con anterioridad a la utilización de las técnicas. Queda a salvo la reclamación judicial de paternidad.
3. La revelación de la identidad del donante en los supuestos en que proceda conforme al artículo 5.5 de esta Ley no implica en ningún caso determinación legal de la filiación.

Artículo 9. Premoriencia del marido.

1. No podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta Ley y el marido fallecido cuando el material reproductor de éste no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón.
2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el marido podrá prestar su consentimiento, en el documento a que se hace referencia en el artículo 6.3, en escritura pública, en testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Tal generación producirá los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial. El consentimiento para la aplicación de las técnicas en dichas circunstancias podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización de aquéllas.

Se presume otorgado el consentimiento a que se refiere el párrafo anterior cuando el cónyuge superviviente hubiera estado sometido a un proceso de reproducción asistida ya iniciado para la transferencia de preembriones constituidos con anterioridad al fallecimiento del marido.

3. El varón no unido por vínculo matrimonial podrá hacer uso de la posibilidad prevista en el apartado anterior; dicho consentimiento servirá como título para iniciar el expediente del artículo 49 de la Ley del Registro Civil, sin perjuicio de la acción judicial de reclamación de paternidad.

Artículo 10. Gestación por sustitución.

1. Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.
2. La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.
3. Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.

CAPÍTULO III

Crioconservación y otras técnicas coadyuvantes de las de reproducción asistida

Artículo 11. Crioconservación de gametos y preembriones.

1. El semen podrá crioconservarse en bancos de gametos autorizados durante la vida del varón de quien procede.
2. La utilización de ovocitos y tejido ovárico crioconservados requerirá previa autorización de la autoridad sanitaria correspondiente.
3. Los preembriones sobrantes de la aplicación de las técnicas de fecundación in vitro que no sean transferidos a la mujer en un ciclo reproductivo podrán ser crioconservados en los bancos autorizados para ello. La crioconservación de los ovocitos, del tejido ovárico y de los preembriones sobrantes se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente, que la receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida.

4. Los diferentes destinos posibles que podrán darse a los preembriones crioconservados, así como, en los casos que proceda, al semen, ovocitos y tejido ovárico crioconservados, son:
 - a) Su utilización por la propia mujer o su cónyuge.
 - b) La donación con fines reproductivos.
 - c) La donación con fines de investigación.
 - d) El cese de su conservación sin otra utilización. En el caso de los preembriones y los ovocitos crioconservados, esta última opción sólo será aplicable una vez finalizado el plazo máximo de conservación establecido en esta Ley sin que se haya optado por alguno de los destinos mencionados en los apartados anteriores.
5. La utilización de los preembriones o, en su caso, del semen, los ovocitos o el tejido ovárico crioconservados, para cualquiera de los fines citados, requerirá del consentimiento informado correspondiente debidamente acreditado. En el caso de los preembriones, el consentimiento deberá haber sido prestado por la mujer o, en el caso de la mujer casada con un hombre, también por el marido, con anterioridad a la generación de los preembriones.
6. El consentimiento para dar a los preembriones o gametos crioconservados cualquiera de los destinos citados podrá ser modificado en cualquier momento anterior a su aplicación.

En el caso de los preembriones, cada dos años, como mínimo, se solicitará de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modificación del consentimiento firmado previamente. Si durante dos renovaciones consecutivas fuera imposible obtener de la mujer o de la pareja progenitora la firma del consentimiento correspondiente, y se pudieran demostrar de manera fehaciente las actuaciones llevadas a cabo con el fin de obtener dicha renovación sin obtener la respuesta requerida, los preembriones quedarán a disposición de los centros en los que se encuentren crioconservados, que podrán destinarlos conforme a su criterio a cualquiera de los fines citados, manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato establecidas y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

Con anterioridad a la prestación del consentimiento, se deberá informar a la pareja progenitora o a la mujer, en su caso, de lo previsto en los párrafos anteriores de este apartado.

7. Los centros de fecundación in vitro que procedan a la crioconservación de gametos o preembriones humanos de acuerdo con lo establecido en este artículo deberán disponer de un seguro o garantía financiera equivalente que asegure su solvencia, en los términos que se fijen reglamentariamente, para compensar económicamente a las parejas en el supuesto de que se produjera un accidente que afecte a su crioconservación, siempre que, en el caso de los preembriones crioconservados, se hayan cumplido los procedimientos y plazos de renovación del consentimiento informado correspondiente.

Artículo 12. Diagnóstico preimplantacional.

1. Los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para:
 - a) La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectados para su transferencia.
 - b) La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión.

La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

Artículo 13. Técnicas terapéuticas en el preembrión.

1. Cualquier intervención con fines terapéuticos sobre el preembrión vivo in vitro sólo podrá tener la finalidad de tratar una enfermedad o impedir su transmisión, con garantías razonables y contrastadas.
2. La terapia que se realice en preembriones in vitro sólo se autorizará si se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Que la pareja o, en su caso, la mujer sola haya sido debidamente informada sobre los procedimientos, pruebas diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapia propuesta y las hayan aceptado previamente.
 - b) Que se trate de patologías con un diagnóstico preciso, de pronóstico grave o muy grave, y que ofrezcan posibilidades razonables de mejoría o curación.
 - c) Que no se modifiquen los caracteres hereditarios no patológicos ni se busque la selección de los individuos o de la raza.
 - d) Que se realice en centros sanitarios autorizados y por equipos cualificados y dotados de los medios necesarios, conforme se determine mediante real decreto.
3. La realización de estas prácticas en cada caso requerirá de la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

CAPÍTULO IV

Investigación con gametos y preembriones humanos

Artículo 14. Utilización de gametos con fines de investigación.

1. Los gametos podrán utilizarse de manera independiente con fines de investigación.
2. Los gametos utilizados en investigación o experimentación no podrán utilizarse para su transferencia a la mujer ni para originar preembriones con fines de procreación.

Artículo 15. Utilización de preembriones con fines de investigación.

1. La investigación o experimentación con preembriones sobrantes procedentes de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida sólo se autorizará si se atiende a los siguientes requisitos:
 - a) Que se cuente con el consentimiento escrito de la pareja o, en su caso, de la mujer, previa explicación pormenorizada de los fines que se persiguen con la investigación y sus implicaciones. Dichos consentimientos especificarán en todo caso la renuncia de la pareja o de la mujer, en su caso, a cualquier derecho de naturaleza dispositiva, económica o patrimonial sobre los resultados que pudieran derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo.

- b) Que el preembrión no se haya desarrollado in vitro más allá de 14 días después de la fecundación del ovocito, descontando el tiempo en el que pueda haber estado crioconservado.
 - c) En el caso de los proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, que la investigación se realice en centros autorizados. En todo caso, los proyectos se llevarán a cabo por equipos científicos cualificados, bajo control y seguimiento de las autoridades sanitarias competentes.
 - d) Que se realicen con base en un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida si se trata de proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, o del órgano competente si se trata de otros proyectos de investigación relacionados con la obtención, desarrollo y utilización de líneas celulares de células troncales embrionarias.
 - e) En el caso de la cesión de preembriones a otros centros, en el proyecto mencionado en el párrafo anterior deberán especificarse las relaciones e intereses comunes de cualquier naturaleza que pudieran existir entre el equipo y centro entre los que se realiza la cesión de preembriones. En estos casos deberán también mantenerse las condiciones establecidas de confidencialidad de los datos de los progenitores y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.
2. Una vez terminado el proyecto, la autoridad que concedió la autorización deberá dar traslado del resultado de la experimentación a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y, en su caso, al órgano competente que lo informó.

Artículo 16. Conservación y utilización de los preembriones para investigación.

1. Los preembriones crioconservados sobrantes respecto de los que exista el consentimiento de la pareja progenitora o, en su caso, la mujer para su utilización con fines de investigación se conservarán, al igual que aquellos otros para los que se haya consentido en otros destinos posibles, en los bancos de preembriones de los centros de reproducción asistida correspondientes.

2. La utilización efectiva del preembrión con fines de investigación en un proyecto concreto en el propio centro de reproducción asistida, o su traslado a otro centro en el que se vaya a utilizar en un proyecto concreto de investigación, requerirá del consentimiento expreso de la pareja o, en su caso, de la mujer responsable del preembrión para su utilización en ese proyecto, previa información pormenorizada y comprensión por los interesados de los fines de esa investigación, sus fases y plazos, la especificación de su restricción al ámbito básico o su extensión al ámbito clínico de aplicación, así como de sus consecuencias posibles. Si no se contase con el consentimiento expreso para la utilización en un proyecto concreto de investigación, deberá recabarse en todo caso antes de su cesión a ese fin, salvo en el caso de la ausencia de renovación del consentimiento previsto en el artículo 11.6.

2.8. Contracepción e interrupción del embarazo. Aspectos legales de la contracepción. Legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo

A. Contracepción e interrupción del embarazo

Un método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.

Fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos modernos. La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen su utilización en la población.

Por otro lado, tenemos que la primera norma referente a la interrupción del embarazo, se aprobó en el Parlamento de Cataluña durante la 2ª República. Esta ley en aquellos momentos fue muy vanguardista en relación con las existentes en el espacio europeo. Esta ley introdujo la posibilidad (siempre bajo estricto control) de interrumpir de forma artificial la gestación, ateniéndose, entre otras, a razones eugenésicas, terapéuticas y éticas. También se precisaban aquellos organismos, centros y facultativos que poseían la capacidad desde el punto de vista legal para practicar abortos y establecía las distintas sanciones a las que estaban sujetos los centros/profesionales cuando las interrupciones se llevaran a cabo sin autorización legal.

Más adelante, en la época franquista la práctica del aborto estaba sancionada desde el punto de vista penal y no existía ninguna excepción a la cual acogerse. Esta época se caracterizó por el hecho de que había que desplazarse al extranjero para interrumpir la gestación, ya que las leyes existentes en otros países eran más permisivas en este sentido.

Ya en el año 1985 y gracias a la Ley Orgánica de 5 de Julio de 1985, se aprobó la despenalización del aborto siempre y cuando se cumplieran alguno de los supuestos contemplados en esa ley. En esta ley se permitía la práctica del aborto por razones terapéuticas, éticas y eugenésicas.

Y actualmente vigente y con fecha 3 de Marzo del año 2010 (es decir 25 años después) entró en vigor la llamada Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y que derogó la Ley Orgánica 9/1985 que comentamos con anterioridad.

Esta ley tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos. Entró en vigor en julio de 2010.

B. Aspectos legales de la contracepción

En la legislación española existen diferentes “mayorías de edad” dependiendo del aspecto de la persona al que se vaya a aplicar.

a. Así tenemos:

- 13 años: mayoría de edad sexual.
- 14 años: mayoría de edad matrimonial.
- 16 años: mayoría de edad sanitaria.
- 18 años: mayoría de edad civil, penal, electoral y contractual.

Esta gradual adquisición de autonomía por parte de los y las adolescentes corre paralela al progresivo acotamiento de la patria potestad. O lo que es lo mismo, en la medida en que la ley va reconociendo el derecho de chicos y chicas a tomar sus decisiones, la misma ley empieza a restringir los derechos de padres y madres a decidir por ellos. Promover esta autonomía como sujetos es la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia y la adolescencia.

En relación con la salud sexual y reproductiva la ley establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años cumplidos. No obstante, si a los 13 años se reconoce a chicos y chicas la capacidad para mantener relaciones sexuales consentidas y a los 14 para casarse, lo mismo ha de obrar para acceder y demandar los métodos contraceptivos y de prevención de ITS, sin necesidad del consentimiento expreso de sus progenitores.

La demanda de tratamiento contraceptivo debe ejercerla quién esté capacitado para ello y esta capacidad no se identifica con una edad concreta, sino con unas condiciones de madurez que permiten al menor de edad civil realizar actos relativos a derechos de la personalidad –y la sexualidad es uno de esos derechos- sin precisar la intervención de sus representantes legales (código civil, art. 162.1º).

b. El “menor maduro” y capaz

La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente establece la emancipación sanitaria en los 16 años. Dicho reconocimiento significa el ejercicio del derecho a la prestación del consentimiento informado por parte del menor, expresado en los siguientes términos: “Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación”.

De esta manera se adquiere la mayoría de edad para las relaciones con el sistema sanitario: todo chico o chica que haya cumplido esa edad tiene plena capacidad para aceptar o rechazar la información clínica, compartirla u ocultarla a sus representantes legales, aceptar o rehusar el tratamiento médico, elegir la opción clínica disponible y mantener o revocar el consentimiento informado en cualquier momento. Esto incluye a la anticoncepción de urgencia. Solo en caso de grave riesgo, a juicio del facultativo, los padres y madres serán informados y su opinión tenida en cuenta a la hora de tomar las pertinentes decisiones con respecto a la salud del menor.

C. Legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo

El Título II de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, configura legalmente la interrupción voluntaria del embarazo fijando en los artículos del 12 al 17 los requerimientos a cumplir.

Para la aplicación de esta Ley Orgánica se han aprobado el Real Decreto 825/2010010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la misma y el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

TÍTULO II

De la interrupción voluntaria del embarazo

CAPÍTULO I

Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 12. Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero. –Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo. –Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero. –Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo.

Cuarto. –En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Artículo 16. Comité clínico.

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.
3. En cada comunidad autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.
4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:
 - a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
 - b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.
 - c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
 - d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.
4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.
5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.
6. Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

También en el Código Penal encontramos artículos relacionados con la práctica de interrupciones del embarazo y que a continuación procederemos a detallar:

Artículo 144

El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.

Artículo 145

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.
2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.
3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

Artículo 145 bis

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:
 - a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

- b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;
 - c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;
 - d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.
2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.
 3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Artículo 146

El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

En el nuevo Código Penal mantiene vigente el artículo 417 bis del anterior, cuya redacción es:

1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:
 - 1ª Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
 - 2ª Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo del delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3º Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

Después de lo visto hay que tratar el tema de las interrupciones en el caso de menores y, aunque la nueva Ley de marzo de 2010 y la legislación posterior que regula determinados aspectos, reconoce que en el caso de las chicas de 16 y 17 años les corresponde solo a ellas prestar consentimiento, el padre o la madre deben ser informados y dejar constancia en documento escrito de ello, además de acompañarla al centro donde se realice la interrupción voluntaria del embarazo.

Todo el desarrollo legislativo postconstitucional refleja el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los y las menores de edad, y de una capacidad progresiva para ejercerlos. Lo que no se especifica es una edad concreta a partir de la cual podamos considerar a un menor “capaz”. No existe unanimidad doctrinal ni jurisprudencial, pero sí una regla básica: Los menores cuando tienen condiciones de madurez suficiente, y su capacidad de juicio y entendimiento les permite conocer el alcance del acto médico, deben ser ellos mismos los que otorguen el consentimiento. Pero si a los de 16 años cumplidos la capacidad se les supone, por debajo de esa edad es cuando resulta necesario asegurarse de que dicha capacidad está presente. Se introduce así una dimensión del desarrollo evolutivo que en concordancia con determinados estudios establecen que el menor a partir de los 12 años, ha desarrollado su capacidad psicológica y moral suficientemente como para que pueda otorgar el consentimiento en la toma de decisiones que le afecten en salud.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente no resuelve expresa ni definitivamente cuándo el menor entre 12 y 16 años puede de forma autónoma otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de sus padres, y deja al personal facultativo la apreciación objetiva de la capacidad para poder otorgarlo.

Ya por ultimo incluir el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo y más concretamente sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

(...)

Artículo 4. Acreditación de los centros sanitarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Los centros o establecimientos públicos que cumplan con lo establecido por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, quedarán acreditados automáticamente para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
2. De conformidad con las competencias que corresponden a las comunidades autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, lo soliciten.
3. Las autoridades sanitarias publicarán y mantendrán actualizadas las relaciones de los centros acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

A los efectos de lo dispuesto en el artículo 4 podrán ser acreditados para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las catorce semanas de gestación, los centros o establecimientos que cumplan los siguientes requisitos:

a) En relación con las instalaciones y equipamiento:

El lugar donde esté ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario, que permitan garantizar la confidencialidad y seguridad de la mujer.

El centro o establecimiento sanitario dispondrá, como mínimo, de un espacio físico que incluya:

- 1º Un espacio de recepción y sala de espera.
- 2º Una sala para información a la mujer embarazada.

- 3° Espacio para la exploración física y ecográfica.
- 4° Zona de lavado quirúrgico.
- 5° Una sala adecuada para la realización de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 6° Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.

Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:

- 1° Equipamiento y material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
- 2° Equipamiento y material necesario para realizar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 3° Ecógrafo.
- 4° Equipo de monitorización cardiaca.
- 5° Sistema adecuado de asistencia respiratoria.
- 6° Desfibrilador y material de reanimación cardiopulmonar.
- 7° Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil).
- 8° Sistema de mantenimiento eléctrico.

b) En relación al marco básico de la prestación:

- 1° Consulta de toco-ginecología.
- 2° Estudio y valoración por el facultativo especialista que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en función de la acreditación que se solicite.
- 3° Consulta propia o externa de especialista, cuando esté indicada por la sospecha o existencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.
- 4° Prestaciones correspondientes de anestesia y reanimación.
- 5° Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.

- 6º Pruebas ecográficas pre y post interrupción voluntaria del embarazo.
- 7º Técnica de interrupción voluntaria del embarazo adecuada a cada situación.
- 8º Monitorización cardiaca sistemática.
- 9º Medicación indicada, según la especificidad de cada caso, incluyendo Gamma-Globulina anti-Rh si procede.
- 10º Recuperación post-intervención en salas acondicionadas a estos efectos, durante el tiempo preciso y los controles necesarios.
- 11º Seguimiento post-intervención de posibles incidencias hasta su alta definitiva.
- 12º Centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

II. Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo con alto riesgo para la embarazada o con más de catorce semanas de gestación, podrán ser acreditados los centros o establecimientos sanitarios que además de los requisitos expresados en el número anterior cuenten al menos con los siguientes requerimientos:

- a) En relación con las instalaciones y equipamiento:
 - 1º Equipamiento necesario para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo bajo cualquier modalidad de anestesia.
 - 2º Electrocardiógrafo.
 - 3º Equipo de intubación.
- b) En relación al marco básico de la prestación:
 - 1º Unidad de obstetricia y ginecología.
 - 2º Banco o depósito de sangre correspondiente.
 - 3º Unidades de enfermería y hospitalización correspondientes.

2.9. Delitos contra la libertad sexual. Agresiones sexuales. Violencia de género. Abuso sexual. Legislación vigente. Centros de denuncia y acogida

A. Delitos contra la libertad sexual

La libertad sexual es entendida como la parte de la libertad referida al ejercicio de la propia sexualidad y, en cierto modo, a la disposición del propio cuerpo para ejercer la libertad sexual en forma libre y sin mediar ningún tipo de coacción u obligación.

De este concepto podemos observar dos dimensiones diferentes:

- a. Libertad sexual negativa: es el derecho de toda persona a no involucrarse en un comportamiento de naturaleza sexual no deseado.
- b. Libertad sexual positiva: es la capacidad del sujeto para disponer libremente de su cuerpo a efectos sexuales, ya sea con otra persona o consigo mismo.

Estos delitos contra la libertad sexual han sufrido una evolución judicial en virtud de distintas leyes que han ido apareciendo, entre las que podemos destacar las siguientes con los cambios que introdujeron:

- 1ª) Ley orgánica 3/1989 de 21 de junio, que sustituyó la tradicional expresión “delitos contra la honestidad” por la de “delitos contra la libertad sexual”.
- 2ª) Ley orgánica 11/1999 de 30 abril, que modifica nuevamente la rúbrica y la sustituía por la actual “delitos contra libertad e indemnidad sexuales”.
- 3ª) Ley orgánica 15/2003 de 25 de noviembre, que por último, introduce diversas modificaciones en materia de agresiones y abusos sexuales y de pornografía infantil.

Dentro de los delitos contra la libertad sexual están tipificados y regulados los siguientes por el Código Penal español:

- a. Agresiones sexuales (artículos 178 a 180).
- b. Abusos sexuales (artículos 181 a 183).

- c. Acoso sexual (artículo 184).
- d. Exhibicionismo y provocación sexual (artículos 185 y 186).
- e. Prostitución y corrupción de menores (artículos 187 a 189, 187/188 y 189).

B. Agresiones sexuales

Por agresión sexual entendemos que es la relación de carácter sexual no consentida que se consigue por medio de violencia, intimidación y con circunstancias agravantes. Está regulada desde el punto de vista jurídico en el capítulo I del Título VIII del Código Penal, artículos 178, 179 y 180.

A continuación señalamos los artículos del Código Penal (CP) referidos a la agresiones sexuales; en el artículo 178.1 del Código Penal, se describe lo que podríamos denominar agresiones sexuales simples; el artículo 179, las agresiones sexuales agravadas que hoy, de nuevo, responden al de violación; y, en el artículo 180, describe un catálogo de circunstancias agravantes especiales que pueden operar tanto sobre el tipo básico del artículo 178 como sobre el agravado del 179. La base sobre la cual se sustenta la regulación de esos artículos es la presencia necesariamente de violencia o de intimidación.

La circunstancia de hecho o tipo de relación mantenida puede diferir de unos casos a otros, lo que dará lugar a los distintos supuestos contemplados en el Código: puede tratarse de un atentado simple (art. 178) o bien de un atentado con penetración, bien se trate de un acceso carnal (penetración vaginal) o bien consista en penetración anal, bucal o de objetos (art. 179).

Por otra parte, pueden existir circunstancias que condicionen un mayor reproche penal, lo que dará lugar a las formas agravadas del delito (art. 180).

Resumiendo, en el delito de agresiones sexuales se puede diferenciar:

- a. Circunstancias de hecho: cualquier acto de carácter sexual, incluyendo el acceso carnal (a través de la vagina), la penetración bucal o anal o mediada por algún objeto.
- b. Circunstancias causantes, tales como:
 - Violencia.
 - Intimidación.

- Circunstancias agravantes:
 - Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
 - Cuando los hechos se cometan por dos o tres o más personas actuando en grupo.
 - Cuando la víctima sea una persona especialmente susceptible, por razón de su edad, enfermedad o situación.
 - Cuando el delito se cometa prevaliéndose el autor de su relación de parentesco.
 - Cuando el autor haga uso de medios especialmente peligrosos capaces de causar la muerte o cualquier otra lesión prevista en los artículos 149, 150 del Código Penal.

A continuación y para completar la información al respecto, desglosaremos algunos de los distintos artículos anteriormente referidos.

a. Agresiones sexuales simples o de tipo básico (art. 178 del Código Penal)

Como decíamos con anterioridad, el tipo básico se encuentra descrito en el artículo 178 de Código Penal.

“...El que atentare contra libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años...”.

El atentado contra la libertad sexual, abarca una multiplicidad de actos susceptibles de agredir la sexualidad del sujeto pasivo.

Son elementos integrantes de esta infracción:

- Un ataque contra libertad sexual de la persona, y
- la presencia de violencia o intimidación, lo que la diferencia del abuso sexual.

Sujeto activo del delito podrá serlo tanto el hombre como la mujer, al igual que el sujeto pasivo.

La acción típica puede abarcar múltiples formas entre las que se incluyen el contacto físico, corporal, generalmente las partes íntimas de la víctima, en obligar a ésta a realizar tocamientos en los órganos genitales del agresor o incluso como otros autores señalan, los supuestos en que la víctima es obligada a ejecutar cualquier acción sobre sí misma que satisfaga el impulso erótico del agresor.

Tal y como se refleja en el artículo, la agresión sexual puede estar mediada por violencia o por intimidación, a continuación explicamos ambos conceptos.

- **Violencia:** fuerza física, no tanto en el sentido de comportamientos heroicos para afrontar la agresión, sino acudiendo a las circunstancias en cada caso concreto, tanto de la propia víctima (mayor o menor pusilanimidad, capacidad de reacción...), como del lugar (convicción de la inutilidad de resistencia, imposibilidad de recibir ayuda...), pero siempre con una suficiente entidad objetiva.
- **Intimidación:** responde a la acción de intimidar, amenazar a la propia víctima o a otra persona, siempre que la amenaza ofrezca visos de seriedad y presente alguna entidad.

Queda finalmente, hacer referencia a aquellas otras situaciones en las que la circunstancia de hecho sería cualquier otro acto de naturaleza sexual distinto a la penetración.

También incluiríamos en este tipo de agresión sexual otro tipo de hechos que pueden dejar huellas biológicas en el cuerpo de la víctima, susceptibles de su investigación por el perito médico-legal las siguientes:

- Tocamientos realizados con el pene.
 - Tocamientos realizados con el dedo.
 - Tocamientos con cuerpos extraños sin penetración.
- b. Agresiones sexuales agravadas o también denominada modalidad cualificada (art. 179 del Código Penal).

“...Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años...”.

El artículo 179 del Código Penal describe el delito de violación, como modalidad agravada del delito de agresión sexual, cuando ésta consista en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos o miembros corporales, por alguna de las dos primeras vías. Es conocido como en la reciente reforma operada por medio de la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre que modifica la redacción anterior, al disponer que la introducción de «miembros corporales» por vía vaginal o anal incide en la descripción legal.

c. Agravantes especiales (art. 180 del Código Penal)

Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

1ª. Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

Surge cuando además se humilla, pisotea o mancilla la dignidad de la persona ofendida, porque como ha señalado el Tribunal Supremo de Justicia, la penetración vaginal no tiene por qué pasar necesariamente por dichas aberraciones.

2ª. Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.

Ante tal hecho no es preciso que todos los componentes del grupo realicen el acto, basta solo que participen en la fuerza o intimidación.

3ª. Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.

4ª. Cuando para la ejecución del delito, el responsable se haya valido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

El parentesco ha de ser aprovechado como elemento facilitador para la comisión del delito.

5ª. Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

Basta el uso, no precisando la causación de resultado alguno, que en caso de producirse, se castigará siguiendo las reglas del concurso. Es aquí dónde nuevamente la actuación pericial puede tener concurso efectivo a la hora de valorar las armas u objetos que las produjeron.

Por último señalar que si concurrieren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior.

C. Violencia de género

Para comenzar este epígrafe nos gustaría definir que es la violencia de género, entendiendo por tal “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Esta definición fue publicada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 1993.

Es un problema desgraciadamente muy frecuente, se calcula que cada año mueren en el mundo alrededor de 4.000.000 de mujeres a consecuencia de violencia de género o violencia machista.

Una mujer tiene 6 veces más de probabilidades de ser agredida por un familiar que por un desconocido. La violencia física coexiste con la psíquica y la sexual. Las consecuencias de la violencia psíquica para la salud de las víctimas, son tan importantes como las del maltrato en sus variantes físicas.

Se calcula que aproximadamente un 10 % de las mujeres de 16 a 18 años están siendo maltratadas de alguna forma. Suelen ser inicialmente agresiones verbales, a las que la mujer no les da importancia y las considera de una forma benigna.

Para que se pueda hablar de violencia de género, se tienen que dar dos condiciones, por un lado una posición desigual de la mujer, en el seno de la pareja, normalmente por influencia social y cultural y por el otro, la utilización de la violencia de forma normalizada para resolver los conflictos entre ambos.

Estas dos causas son la base de este tipo de delitos, y se ven agravadas por la presencia de consumo de sustancias tóxicas (siendo el alcohol la principal de ellas), el bajo nivel socioeconómico o experiencia de alguna forma de maltrato en la infancia.

- a. En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres según el Consejo de Europa, del día 30 abril de 2002:
 - Violencia física: comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, provocando daño o dolor en el cuerpo de la mujer.
 - Violencia psíquica: cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atente contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático, a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento.

- Violencia sexual: se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma. Hay que distinguir entre:
 - Agresiones sexuales: cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona realizado con violencia o intimidación.
 - Abusos sexuales: cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin el consentimiento de dicha persona.
 - Acoso sexual: se dan en el ámbito laboral y se produce cuando se solicita a la mujer (para sí o para un tercero) favores de naturaleza sexual provocando una situación gravemente intimidatoria, hostil o humillante.
- Violencia económica. Desigualdad al acceso de recursos compartidos.
- Violencia espiritual. Coaccionar a una persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, o erosionar o destruir las creencias de otra persona a través del ridículo o castigo.

Las Naciones Unidas reconocieron en 1976 que la violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos conocido del mundo. La violencia puede producirse por agresión física, psíquica o sexual; aunque en muchos casos estos tres tipos de violencia van unidos.

En atención primaria, la matrona puede realizar un importante papel a la hora de detectar víctimas de violencia de género. En la entrevista que se le realiza a la mujer deben cuidarse determinados aspectos como que sea de manera individual para preservar la intimidad; se cumplimentarán datos de la historia clínica que invita a la mujer a hablar de sí misma, su salud y sus problemas.

Es muy importante para la detección precoz de la violencia doméstica incluir, en el apartado de sexualidad del programa de atención a la mujer, algunas preguntas indirectas de forma sutil, aunque luego se formulen preguntas directas y específicas. Para ello, es necesario atender a la mujer ofreciendo confidencialidad y disponibilidad y desarrollar habilidades de comunicación durante la entrevista valorando la comunicación no verbal.

b. El proceso de la violencia

En el caso de la violencia en pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico en el inicio de la relación, que por parte de la mujer suelen ser atribuidas a los celos y al afán de protección. Las conductas del hombre son restrictivas y controladoras, produciendo dependencia, aislamiento y temor en la mujer; ejemplo: control sobre la ropa, amistades...

- El maltrato es una conducta continua que en la mayoría de las ocasiones tiene un inicio muy sutil:
 - Inicialmente, incluso en fases tempranas de la relación, el maltratador empieza con un abuso verbal y no verbal, con acoso, reclusión y privación de recursos físicos, financieros y personales.
 - Si se mantiene se progresa a formas más públicas de vejación y agresión social: minando el rol y estatus de la víctima, desprestigiándola y finalmente llevándola a un estado de dependencia y relegación bajo el poder y estatus del maltratador. En este caso se habla de un intento de someter a un dominio.
 - Posteriormente empieza a aparecer el maltrato sexual, como un paso más de sumisión y obediencia.
 - Finalmente se llega al maltrato físico, incluso a acabar con la vida de la víctima.

Estas situaciones progresan porque la propia naturaleza de la violencia de género altera la percepción y el juicio de la víctima, cronificando la situación. De esta forma, se llegan a situaciones de considerar la víctima que ése es el rol social normal y el que debe ocupar; se generan respuestas de negación con explicaciones de autoinculpación, se generan expectativas irreales de cambio de la pareja, miedo al abandono (por la sensación irreal de dependencia de su pareja) y miedo a represalias.

En la mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género no saben que están inmersas en este ciclo de la violencia.

Comprender el ciclo de la violencia, por parte de los profesionales responsables de la atención a estas mujeres, es esencial para poder entender las respuestas de las víctimas ante la situación que están viviendo.

- c. La antropóloga Leonor Walker, elaboró un paradigma sobre el ciclo de la violencia que ayuda a entender por qué las mujeres maltratadas se comportan de algunas maneras que les llevan a mayor exposición al peligro de la violencia de género. Según esta autora este ciclo comprende 3 fases diferenciadas.
- Fase de acumulación de tensión. La tensión es el resultado del aumento de conflictos en la pareja. El maltratador hostil, aún no exterioriza esta tensión como violencia física, y la mujer trata de calmar la situación y evita hacer lo que disgusta a su pareja, como forma de prevención de una futura agresión. Esta fase puede dilatarse años.
 - Fase de explosión violenta. Como resultado de la tensión acumulada en la fase anterior, se pierde toda forma de comunicación y entendimiento, y el maltratador ejerce la violencia en su más amplio sentido. Es en esta fase donde se producen las lesiones y denuncias.
 - Fase de arrepentimiento. Durante esta etapa la tensión y la violencia desaparecen en el agresor y se muestra arrepentido con lo sucedido. El maltratador colma a la víctima de regalos y de promesas de cambio. Se le puede denominar también fase de “luna de miel” ya que la relación entre agresor y víctima es dulce, cariñosa... esto lleva a la mujer a conceder otra oportunidad al agresor hasta que finalmente se cree sus promesas. La víctima ve la mejor cara de su agresor, y aunque conscientemente sepa que va a volver la agresión, cree que puede cambiar y las denuncias realizadas en la fase anterior no prosperan.

La fase de arrepentimiento va dando paso a una nueva fase de tensión, repitiéndose el ciclo, que se va haciendo más corto y la fase de explosión se hace más violenta. Tras varias repeticiones, la fase de arrepentimiento desaparece y la tensión aparece tras la fase de explosión violenta.

d. Signos y síntomas del maltrato

- Maltrato físico.
 - Traumatismos, sobre todo en cuello, espalda, pecho y brazos. Habitualmente son bilaterales.
 - Heridas y traumatismos máxilofaciales, dentales, rotura de tímpano, desgarró de lóbulo de la oreja por arrancamiento de pendiente.
 - Quemaduras.
 - Hematomas en diferentes estados evolutivos.

- Cefalea crónica, dolores lumbares crónicos, síntomas gastrointestinales, colon irritable, problemas dermatológicos, palpitaciones, astenia, fibromialgia, muerte.
- ETS, embarazos de riesgo, embarazos no deseados, abortos, dolores pélvicos crónicos, dispareunia, infecciones urinarias por repetición.
- Psíquicos.
 - Trastorno de estrés postraumático.
 - Baja autoestima, ansiedad, depresión, hipocondría, fobias, crisis de pánico.
 - Abuso de drogas, psicofármacos o alcohol.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Trastorno por somatización
 - Intentos de suicidio.
- Sociales.
 - Aislamiento social.
 - Absentismo laboral.
 - Pérdida de empleo.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

El personal sanitario debe ser consciente que la resolución de las consecuencias de la violencia comienzan con la detección del problema, pero las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente, a menudo sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a culparse.

La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «autoridad» como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema.

Basadas en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262 “los que por razones de su profesión, cargo y oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al ministerio fiscal, juez instructor”.

Desde el punto de vista legal se está obligado a dar parte de cualquier tipo de agresión, incluida la violencia de género. Este parte de lesiones es independiente de la voluntad de denunciar por parte de la víctima. Tras este parte, el juez ordena la investigación, y en caso de detectar situación delictiva, el juez ordenaría medidas cautelares y con los cambios judiciales de los últimos años, es esperable la realización de un juicio rápido, tras la detección de delito, no tras la orden de investigación (no olvide que se deben reunir pruebas).

En caso de ser un profesional de enfermería (en este caso matrona y que no podemos hacer un parte de lesiones) el que comunique al facultativo y éste no lo comunicara por un parte de lesiones, el profesional de enfermería está obligado a informar al Ministerio Fiscal de esta omisión.

e. El parte de lesiones debería contener:

- Datos de filiación
- Exposición de los hechos que motivan la asistencia sanitaria.
- Antecedentes personales de interés en relación con las lesiones.
- Exploración física completa. Con detalle minucioso de las lesiones.
- Estado emocional actual.
- Pruebas diagnósticas complementarias.
- Diagnóstico
- Tratamiento.
- Observaciones al alta.

En nuestro país disponemos de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que es la primera ley en España en la que se reconoce la situación, las causas y los motivos de la violencia de género. El objetivo de esta ley es erradicar

la violencia ejercida contra la mujer por el simple hecho de ser mujer, cuya causa extrema es el no reconocimiento de la igualdad social entre hombre y mujer y la negación de los derechos de las mujeres como derechos humanos que son.

La ley hace un reconocimiento de que la violencia familiar es una manifestación de la violencia de género, hecho constatado en múltiples estudios, alejándose del concepto de que en este tipo de violencia no influye el sexo del agresor.

D. Abuso sexual

El abuso sexual es una forma de ataque a la libertad sexual, es una relación sexual no es consentida por la víctima, pero en la que no hay violencia ni intimidación a diferencia de la agresión sexual.

La diferencia fundamental con las “agresiones sexuales” es, justamente la no concurrencia en los “abusos” de la violencia e intimidación como medio de ataque a la libertad sexual, pero tiene en común con aquellas el que en todo caso se trata de un ataque a la libertad sexual no consentido (o con consentimiento viciado) o contra la indemnidad sexual de menores o incapaces.

- a. Así, los abusos sexuales tienen dos características propias:
- Ausencia de violencia o intimidación.
 - Ausencia de consentimiento de la víctima o presencia de un consentimiento viciado.

De forma parecida a las agresiones sexuales podemos distinguir un tipo básico y varios agravados. De cualquier modo los abusos sexuales se encuentran regulados en los artículos 181, 182 y 183, Capítulo II, del Título VIII del Código Penal.

Por ejemplo, en el artículo 181.2 introduce una matización: se consideran abusos sexuales no consentidos “los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare”.

- b. Así pues, en lo que se refiere a las circunstancias de hecho se dan las mismas posibilidades que para las agresiones sexuales, pero en cuanto a las circunstancias causantes las que contempla la legislación vigente son las siguientes:
- Que la víctima sea menor de doce años.
 - Que se halle privada de sentido.

- Que se realice el delito abusando de su trastorno mental.
- Que el consentimiento se obtenga prevaliéndose el culpable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.
- Que el delito se cometa valiéndose el autor de relación de parentesco, por ascendiente, descendiente o hermano de la víctima.
- Que la víctima sea persona especialmente vulnerable por razón de edad, enfermedad o situación.
- Que intervenga engaño cuando la víctima sea mayor de doce años y menor de dieciséis.

En el caso de menores, el ejercicio de la sexualidad con ellos se prohíbe en la medida en que pueda afectar al desarrollo de su personalidad y producir en ella alteraciones importantes que incidan en su vida personal o en su equilibrio psíquico.

- c. Es posible distinguir tres subgrupos de conductas punibles: el artículo 181, que se refiere a atentados a la libertad sexual o indemnidad sexual; el artículo 182 orientado a los abusos sexuales que consistan en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de objetos o miembros corporales por las dos primeras vías; y el artículo 183 que capta los abusos sexuales cuando intervenga engaño, con independencia de si éste consiste en el acceso carnal o en otro atentado a la libertad sexual.

Se contemplan en los artículos 181 a 183. Su estructura es algo compleja. Veamos:

- Tipo básico (artículo 181.1).
 - Tipo cualificado simple (artículo 181.2).
 - Tipo cualificado de prevalimiento (artículo 181.3).
 - Tipos agravados (artículo 181.4 y 182).
 - Tipo autónomo (artículo 182.1) más otro tipo agravado en el artículo 183.2.
- d. A continuación procederemos a la descripción de algunos de dichos artículos:
- Tipo básico (art. 181)
 1. “...El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como

responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses...”.

2. A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, o sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.
3. La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.
4. Las penas señaladas en este artículo se impondrán en su mitad superior si concurriere la circunstancia 3ª o la 4ª de las previstas en el artículo 180.1 de este Código Penal (el cual se encuentra detallado en el primer epígrafe que versa sobre las agresiones sexuales).

- Modalidad cualificada (art. 182)

El artículo 182 contiene el segundo grupo de conductas incriminadas, con carácter agravatorio. En este caso la acción debe consistir en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de objetos o miembros corporales por cualquiera de las dos primeras vías citadas. La única novedad significativa acaecida con ocasión de la reforma en relación con los abusos sexuales se refiere precisamente a los casos en los que la acción consiste en la introducción de miembros corporales por las vías legalmente especificadas.

1. En todos los casos del artículo anterior, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.
2. La pena señalada en el apartado anterior se impondrá en su mitad superior cuando concurra la circunstancia 3ª o la 4ª, de las previstas en el artículo 180.1 de este Código.

- Específicos (art. 183)

El tercer grupo de conductas están contenidas en el artículo 183. Se caracterizan por la presencia de engaño, incrementándose la pena si la acción consiste en obtener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de objetos o miembros corporales por cualquiera de las dos primeras vías.

En cuanto al engaño, sólo puede venir en consideración cuando el sujeto pasivo se encuentre comprendido entre los trece y los dieciséis años.

1. El que, interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años, o multa de doce a veinticuatro meses.
2. Cuando el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años. La pena se impondrá en su mitad superior si concurriera la circunstancia 3ª o la 4ª de las previstas en el artículo 180.1 de este Código.

E. Legislación vigente

- a. Dentro de las penas contempladas en caso de delito, la ley española distingue entre aquellos cometidos contra mayores y menores de 13 años:
 - Cualquier acto que atente contra la indemnidad sexual de un menor de 13 años se considera abuso sexual a un menor, y está castigado con pena de prisión de 2 a 6 años.
 - Si el ataque se realiza con violencia o intimidación hablamos de agresión sexual a un menor, castigado con pena de prisión de 5 a 10 años.
 - Cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por las dos primeras vías, el responsable será castigado con pena de prisión de 8 a 12 años en caso de abuso y de 12 a 15 años en caso de agresión.
 - Existen varios agravantes para los delitos sexuales contra menores, como el de total indefensión (se da siempre en menores de cuatro años) y el de parentesco.
 - El plazo de prescripción de los delitos también es diferente en el caso de los delitos sexuales contra menores. Por lo general, el plazo de prescripción de un delito comienza a contar desde el momento en que éste se comete. Sin embargo, en este caso el plazo comienza a contar desde la mayoría de edad del menor o, si éste muere, desde su fallecimiento.

b. Ley de protección integral contra la violencia de género

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género contempla tanto medidas asistenciales como de prevención, con especial atención a las políticas educativas que insistan en la igualdad y el respeto de los derechos de la mujer. Su aspecto más polémico: la discriminación positiva que se establece por penalizar el maltrato doméstico sólo cuando el agresor es un hombre y la víctima, una mujer. Una de las enmiendas aprobadas durante su tramitación parlamentaria contempla la modificación del Código Penal para que las amenazas y lesiones leves sean consideradas como delito cuando afecte a víctimas especialmente vulnerables -niños, ancianos y minusválidos- que convivan con el autor.

La ley establece una jurisdicción especial para la violencia de género y pretende lograr una estrecha coordinación de todos los agentes implicados en el proceso, que deberán recibir una formación específica para que las víctimas sean atendidas en todo momento por especialistas en la materia.

El objeto de la ley es: “Actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. (Artículo 1.1.)

En base a esta ley se crean una serie de medidas concretas que a continuación describimos:

- En educación: la ley insiste en que la formación en el respeto a la igualdad entre hombres y mujeres debe ser uno de los fines del sistema educativo español. Tal principio de igualdad se transmitirá desde la educación infantil hasta el bachillerato, y la Administración tendrá que revisar los materiales y libros de texto para garantizar la ausencia de conceptos o referencias que puedan fomentar la desigualdad. Además, en el Consejo Escolar del Estado tendrán presencia las organizaciones de mujeres, el Instituto de la Mujer y expertos reconocidos en la lucha contra la violencia por razones de sexo.
- En publicidad: se considerará ilícito la asociación del cuerpo femenino con un producto concreto. Las asociaciones e instituciones que trabajan a favor de la igualdad podrán solicitar la retirada de un anuncio si lo consideran oportuno.

- El apoyo a las víctimas: la nueva ley permitirá la creación de servicios de atención e información inmediata que garanticen un primer asesoramiento legal y psicológico, centros de emergencia para asistir a las mujeres y a sus hijos y centros de recuperación integral. Comunidades Autónomas y Ayuntamientos participarán en el desarrollo de todos estos servicios, en los que también se contempla la asistencia jurídica especializada y gratuita, así como ayudas económicas que faciliten a las víctimas empezar una nueva vida: formación para el empleo, acceso prioritario a viviendas de protección oficial, bonificación a las empresas que las contraten, un fondo de garantía de pago de alimentos, entre otras.

Además, las víctimas tendrán derechos laborales específicos como adaptar o reducir su jornada de trabajo, movilidad geográfica o extinguir un contrato cobrando el subsidio de desempleo.

- Las medidas jurídicas y penales: se crearán juzgados de igualdad y asuntos familiares en cada provincia y capital, en los que se centralizarán los asuntos civiles y penales de una misma unidad familiar. Estos jueces podrán adoptar distintas medidas de protección, según la gravedad de los casos: desde la salida del agresor del domicilio, el alejamiento y la suspensión de las comunicaciones, hasta la privación de la patria potestad y custodia de menores o la suspensión del régimen de visitas. También se reforzarán las penas contra los agresores: las amenazas leves se podrán sancionar con prisión de seis meses a un año y el juez podrá inhabilitar al progenitor para el ejercicio de la patria potestad o la tutela de los hijos hasta cinco años. En caso de lesiones, se agrava la pena de dos a cinco años cuando la víctima sea la esposa o compañera sentimental, aunque no haya habido convivencia. Además, se prevé que cada Fiscalía de los Tribunales Superiores de Justicia y de las Audiencias Provinciales tenga su propia Sección de Violencia Familiar y que se cree la figura del ‘Fiscal contra la violencia contra la mujer’.
- Creación de nuevos órganos administrativos: la ley contempla la creación de una Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (bajo el Ministerio de Presidencia y con rango de Secretaría de Estado), un Consejo Consultivo y un Observatorio Nacional de Violencia sobre la Mujer en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

F. Centros de denuncia y acogida

Estos centros son considerados un espacio idóneo en el que se pueden concretar medidas, desarrollar estrategias y movilizar los recursos necesarios que permitan una intervención más eficaz y coordinada en aspectos como la prevención, la seguridad y la asistencia a las víctimas.

El objeto que los centros de acogida tienen es dispensar alojamiento seguro, manutención y otros gastos a las mujeres, y personas a su cargo, con la diferencia que la duración de la estancia varía con respecto al anterior.

Los recursos de alojamiento están destinados a mujeres, mayores de dieciocho años, solas o acompañadas de sus hijos menores, que habiendo sufrido maltrato (por parte de sus parejas o exparejas), en cualquiera de sus formas (psicológico, físico, sexual,...) carezcan de recursos económicos suficientes como para adoptar medidas que garanticen su seguridad.

Los períodos de estancia en los dispositivos de alojamiento varían en función de los objetivos establecidos en cada intervención, así como del propio carácter del alojamiento. Los alojamientos de estancias breves ofrecen una permanencia de tres meses, los de estancias medias de seis meses y los de larga estancia de un año. El seguimiento individualizado de los casos permite determinar el grado de necesidad de permanencia, pudiendo prorrogarse la estancia por motivos justificados.

Cada mujer tendrá el tiempo necesario para llevar a cabo su recuperación, sin la posibilidad de que este tiempo de estancia no exceda a un máximo de 12 meses.

El tratamiento, tanto para las mujeres como para las personas a su cargo, se realizará de manera integral a través de equipos multidisciplinares (ámbito psicológico, educativo, sociolaboral y jurídico) que favorezcan la superación de los efectos de la violencia y la normalización de la unidad familiar, atendiendo además a aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo o exclusión social.

Estos servicios se prestan en condición de servicio público asistencial.

Excepcionalmente, previo informe técnico de los Servicios Sociales, no será necesario el título habilitante para ingresar en un centro de acogida, por el tiempo necesario hasta que la mujer formule la denuncia contra su maltratador.

2.10. Adopción y acogimiento de un hijo. Organismos canalizadores. Requisitos. El niño en situación de desamparo. Legislación vigente

A. Adopción y acogimiento de un hijo

Antes de comenzar a tratar el tema de la adopción, consideramos oportuno dar algunas definiciones desde el punto de vista legal.

La adopción significa recibir como hijo, a un menor con todos los derechos y obligaciones, y con los requisitos legales necesarios.

La legislación española es muy clara en este sentido y delimita qué trámites se deben exigir para conseguir la tutela de un menor. Así mismo, también exige el cumplimiento de una serie de requisitos básicos a los padres potenciales.

- a. Los pasos comunes a cualquier proceso de adopción serían los siguientes:
- Confirmación de que el menor es susceptible de ser adoptado.
 - Validación de la familia como idónea para adoptar (en España, más concretamente, en la respectiva comunidad autónoma de residencia de la familia adoptante emitiendo el llamado Certificado de Idoneidad).
 - Asignación por parte de los Servicios Sociales del país de origen del menor, de un/a niño/a o grupo de éstos concreto a una determinada familia, siempre en interés del o los menores y con la familia que se acople a las necesidades del niño o niños.
 - Período de acoplamiento: el menor y la familia se conocen en el lugar donde aquél reside actualmente (en el país que corresponda) y comienza un proceso de acoplamiento progresivo, que se inicia en el lugar de residencia del menor y continúa en el hogar familiar habitual, con ayuda y supervisión de los profesionales.
 - Período de acogida pre-adoptiva.
 - Adopción plena.

Por niño “adoptable” se entiende que es aquel que, no sólo reúne las condiciones legales para poder ser adoptado sino que, además, se recomienda que sea adoptado por sus propias circunstancias personales, psicológicas y sociales. Consideramos que es importante poder distinguir entre niño necesitado de una medida de protección institucional y niño adoptable. En nuestra sociedad existen muchos niños “necesitados de protección” pero no todos ellos son potencialmente adoptables. La familia adoptiva debe ser capaz de entender que por encima de todo interés prima, el interés del menor, y por tanto la conveniencia o no de ser adoptado. Otro punto muy importante a considerar por parte de la familia adoptante es que debe ser capaz de entender y dar respuesta a las necesidades afectivas, de salud y de comprensión de la historia vivida, en razón de la edad del menor y de las circunstancias que le han rodeado hasta el momento de su adopción.

El acogimiento familiar (no preadoptivo) es la convivencia e integración de un niño/a en una familia, extensa o ajena, cuando debe ser separado/a temporal o permanentemente de sus padres o tutores. Es una medida de protección solidaria con los niños/as y sus familias biológicas, que evita su estancia en centros de protección de menores, les ofrece la posibilidad de desarrollarse en una familia, y mantener la vinculación con sus padres y hermanos. Por ello, el acogimiento familiar es incompatible con la adopción, que conlleva la ruptura de vínculos del niño o niña con su familia biológica.

b. Existen varios tipos de acogimiento (no preadoptivo):

- El acogimiento simple es de carácter temporal, se instaurará cuando, existiendo una situación de crisis en la familia del menor, se prevea su reinserción a corto plazo en la misma, o bien, transitoriamente, mientras se acuerde una medida de carácter más estable.
 - Acogimiento de urgencia, es una modalidad de acogimiento que se aplica a menores sobre los que hay que intervenir de forma inmediata, con el fin de evitar la institucionalización temprana y las secuelas que de la misma se puedan derivar. Gracias a esta modalidad permitimos que los menores gocen de un ambiente y atención familiar durante el tiempo necesario para realizar un estudio sobre la situación del menor y poder proponer la vuelta con su familia de origen u obtener una medida de protección más adecuada.
- El acogimiento permanente se promoverá cuando, no existiendo previsión de reinserción adecuada del menor en su familia biológica, las características y deseos personales del propio menor o las específicas circunstancias de su situación aconsejen su integración estable y duradera en otro núcleo familiar, sin creación de vínculos de filiación entre ellos.

- El acogimiento profesionalizado, es una modalidad de acogimiento simple o permanente que se aplica para niños y niñas con graves necesidades especiales ocasionadas por una enfermedad grave, problemas de conducta, discapacidad física, psíquica o sensorial, o menores que precisen de un apoyo especial de parte de profesionales debido a situaciones concretas tales como malos tratos, abusos sexuales etc...

Así pues, también tenemos un periodo de acogida preadoptiva (en adopción nacional y algunos casos de internacional) que sería el tiempo en el que el menor adoptado ya convive con la familia adoptiva en acogimiento pero no en adopción, es decir, legalmente, aún ese menor no es su hijo.

Y por otro lado, la adopción plena que sería la declaración judicial (o administrativa, dependiendo del país de origen del menor) en la que se constituye la adopción de forma legal.

- c. Para poder articular de forma legal el tema del acogimiento y relacionar éste con la adopción (en algunas situaciones concretas, el acogimiento es una etapa de transito antes de la adopción propiamente dicha), tenemos que recurrir a la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia y más concretamente al Capítulo III que versa sobre el acogimiento preadoptivo y que a continuación procederemos a desarrollar:

Capítulo III

Protección de los niños y los adolescentes desamparados

Sección tercera

Medidas de protección de los niños y los adolescentes desamparados

Subsección quinta

El acogimiento preadoptivo

Artículo 147. Medida de acogimiento preadoptivo.

1. La medida de acogimiento preadoptivo, como paso previo para la adopción, se acuerda en los siguientes casos:
 - a) Cuando no es posible la reintegración del niño o adolescente en su familia de origen y se considera que lo más favorable a su interés es la plena integración en otra familia mediante la adopción.
 - b) Cuando los progenitores o titulares de la tutela lo solicitan a la entidad pública competente y hacen abandono de los derechos y de los deberes inherentes a su condición.

2. A los efectos de lo establecido por el apartado 1, se entiende que no es factible la reintegración del niño o el adolescente en su familia biológica cuando, a pesar de que existe una posibilidad de reintegración, ésta requeriría el transcurso de un período de tiempo durante el cual podría producirse un mayor deterioro psicosocial en el desarrollo evolutivo del niño o el adolescente.
3. Acordada la medida de acogimiento preadoptivo, deben suspenderse las visitas y las relaciones con la familia biológica, para conseguir la mejor integración en la familia acogedora, si conviene al interés del niño o del adolescente.

Artículo 148. Resolución de acogimiento.

1. El acogimiento preadoptivo se acuerda por resolución del órgano competente sin necesidad de consentimiento de los progenitores y habiendo escuchado al niño, si tiene suficiente conocimiento. En el caso de los adolescentes, es necesario su consentimiento.
2. Los progenitores que no están privados de la potestad, los titulares de la tutela a quienes no les ha sido removida, siempre y cuando no hayan dado su consentimiento, o la madre que ha hecho abandono voluntario antes de haber transcurrido treinta días desde el parto, pueden oponerse judicialmente al acogimiento preadoptivo en el plazo de dos meses a contar desde la notificación de la resolución.
3. Cuando ha adquirido firmeza la resolución que acuerda el acogimiento preadoptivo, no es necesario el asentimiento de los progenitores a la adopción.

Artículo 149. Formalización del acogimiento.

El acogimiento preadoptivo debe formalizarse por escrito. En esta formalización escrita debe constar el consentimiento de los acogedores y del adolescente. La formalización no es impugnabile.

Artículo 150. Finalización del acogimiento preadoptivo.

El acogimiento preadoptivo finaliza por las causas generales de extinción de las medidas de protección establecidas por el artículo 124 y, además, por las específicas que determina la legislación civil. La finalización por muerte, incapacidad o voluntad de los acogedores, por voluntad del adolescente y por decisión de la entidad pública competente comporta necesariamente el establecimiento de la medida de protección más apropiada para el beneficio del niño o el adolescente.

B. Organismos canalizadores

A nivel estatal son las Administraciones Públicas, las instituciones encargadas de velar que todo el proceso de adopción se lleve a cabo con las máximas garantías para el menor.

También podemos mencionar a las comunidades autónomas que tengan competencias en protección de menores ya que disponen de reglamentos y/o artículos que hacen referencia específica al tema de la adopción.

Así pues, para aquellas familias que estén interesadas en adoptar un menor, lo más adecuado es dirigirse al departamento correspondiente de asuntos sociales (que se pueden presentar por distintos nombres tales como infancia y familia, atención al menor,...) de nuestra comunidad autónoma, donde nos informarán directamente de cómo realizar la solicitud, la documentación a aportar, cuándo y dónde empezar las entrevistas informativas etc...

- a. Una vez que las familias que están en disposición de adoptar un menor cumplen los requisitos y deseen asumir de forma firme la paternidad y la maternidad de un menor sin familia e institucionalizado, tienen las siguientes vías para tramitar la adopción:
 - La adopción nacional
 - La adopción internacional o entre España y otro país.

La adopción nacional

Respecto a la adopción nacional, señalaremos que se puede distinguir entre la adopción de un menor de nacionalidad española y la adopción de un menor que no ostenta la nacionalidad española, pero que se encuentra en territorio español. En este último supuesto podría hablarse de adopción internacional, sin embargo, todo el proceso se lleva a cabo ante las autoridades competentes españolas y también al contrario, la adopción de un menor que ostenta la nacionalidad española que se encuentre fuera de territorio español donde unos adoptantes españoles desean adoptarlo; dependiendo de las circunstancias concurrentes en este caso, podría declararse competente el juez del territorio de emplazamiento o, en algunos casos, podría constituirse la adopción por la autoridad consular española.

La adopción internacional

Antes de describir las diversas formas en que se puede tramitar un proceso de adopción entre países, es oportuno que queden claros cinco aspectos fundamentales en este tipo de procesos transnacionales que afectan a la protección a la infancia y a la familia.

- Que todo proceso de adopción debe respetar los derechos fundamentales del niño recogidos en el Convenio de los Derechos del Niño hecho en Nueva York en 1980.
- Que es responsabilidad de todos y, de manera especial, de las autoridades públicas de los Estados, el observar en todo proceso de adopción el principio de subsidiariedad de la adopción internacional.
- Que es un deber de toda la comunidad internacional hacia los niños, que la inserción de un niño o una niña en una familia, sólo se realice cuando objetiva y subjetivamente esa familia reúna unos requisitos y unas características que hagan presumir que al niño que se le asigna definitivamente, se le garantiza que tendrá un ambiente de amor, comprensión y cuidados.
- Que no todas las solicitudes de adopción internacional, por el mero hecho de efectuarse oficialmente o de reunir las formalidades documentales que requiere la normativa sobre valoración para la concesión del certificado de idoneidad, pueden ser valoradas de manera mecánica por las autoridades públicas competentes; para reconocer la idoneidad de esos administrados-solicitantes, debe ponderarse previamente si el primer valor que subyace en ellos y en el espíritu de su solicitud es el interés superior del niño.
- Los niños no son propiedad de nadie, ni mucho menos de los Estados; a éstos sólo les compete la tarea, nada más y nada menos, de velar por los derechos de aquellos. Si en el Estado de emplazamiento de un menor, éste no tiene definitivamente un hogar y nadie responde para cubrir sus necesidades en el territorio de ese Estado, la adopción internacional se convierte en una respuesta para ellos (ese principio de subsidiariedad señalado en el punto 2); si no puede tener un entorno familiar allí, que lo tenga en el lugar donde exista una familia idónea que pueda proporcionárselo. Es su derecho, y el Estado de origen o el de recepción no deben excusarse en doctrina alguna (como, por ejemplo, “en la potestad soberana del Estado”) para neutralizar la efectividad de este derecho de que todo niño debe tener un hogar.

El procedimiento se inicia con la presentación de una solicitud para adoptar a un niño de otro país, por parte de los interesados, ante la autoridad competente de su comunidad autónoma de residencia (servicios de protección de menores de cada comunidad autónoma) y acompañada de los documentos solicitados por este organismo, que permitirán acreditar datos relevantes de los solicitantes.

En cada comunidad autónoma existe una Consejería de Asuntos Sociales, Bienestar Social o de Atención al Niño donde se puede obtener la información correspondiente sobre cómo y dónde iniciar los trámites pertinentes para la adopción internacional de un menor.

- b. Existen en España dos federaciones de entidades colaboradoras de adopción internacional que representan a las Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAIs) que cumplen con los requisitos de la acreditación en España y en los países de origen. Para una información actualizada sobre las mismas, así como de nuevas acreditaciones y cambios en las existentes, las familias adoptantes se pueden dirigir a los servicios de menores de su comunidad autónoma de residencia.

A continuación mostramos la dirección así como el enlace web de:

- **La Federación Española de ECAIS (FEECAI)**

Dirección: C/ Trafalgar, 14. 1º Ext. Izq. 28010 Madrid

Teléfono: 913 551 544

Fax: 914 119 899

Correo electrónico: anamaria@ecai-asefa.com; belen@ecai-asefa.com

Relación de ECAIs que forman parte de la FEECAI:

- ANDAI
- INTERADOP
- ADECOP
- AIPAME
- INFANCIA Y FUTURO
- PIAO
- FAMILIA UNIVERSAL
- MIMO
- ASEFA

- **Federación Interautonómica de ECAIS (FIDECAI)**

Dirección: C/ Mateo Enrique Lladó, 34C. 3º H-1. 07002 Palma de Mallorca

Teléfono: 971 719 423 Fax: 971 718 808

Correo electrónico: creixerj@creixerjunts.org

Relación de ECAIs que forman parte de la FIDECAI:

- GENUS
- AKUNA
- MUNDIADOPTA

- CIELO 133
- FEYDA
- AAIM
- NUEVO FUTURO
- IPI
- AJUDA'M
- CRÉIXER JUNTS
- ADDIS GALICIA
- ADOPTA
- AMOFREM (en trámites de aceptación)

c. También existen las llamadas asociaciones de familias adoptivas

En España existe una Coordinadora de Asociaciones de Adopción Internacional, CORA, de la que forman parte un elevado número de asociaciones, que se presentan a continuación.

- **Federación CORA. Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento.**

Dirección: C/ López Gómez, 22. 1º izq. 47002. Valladolid

Teléfono: 983 298 963; 675 730 598 (coordinador)

Fax: 983 217 032

Correo electrónico: correo@coraenlared.org

Web: <http://www.coraenlared.org>

Relación de asociaciones que forman parte de CORA:

- ABAY. Asociación para el desarrollo de Etiopía
- ADOPTA2. Asociación de Familias Adoptantes de la Comunidad Valenciana
- AFAAR. Asociación de Familias Adoptantes y de Acogimiento de la Rioja
- AFAC. Asociación de Familias Adoptantes en China
- AFADA. Asociación de Familias Adoptantes de Aragón
- AFADENA. Asociación de Familias Adoptantes de Navarra

- AFAIC. Asociación de Familias Adoptantes de las Islas Canarias
- AFAMEX. Asociación de Familias Adoptantes en México
- AFAMUNDI. Asociación de Familias para la ayuda de la Adopción en el Mundo (Cantabria)
- AIBA. Asociación Islas Baleares de Adopción
- AMADA. Asociación Castellano-Manchega de Adopción y Acogimiento Pre-adoptivo
- Amigos de Ucrania. Asociación ciudadana para la cooperación con Ucrania
- ANICHI. Asociación de Niños en China (Euskadi)
- ARFACyL. Asociación Regional de Familias Adoptantes de Castilla y León
- ASFARU. Asociación de Familias Adoptantes en Rusia
- ASTURADOP. Asociación Asturiana de Adoptantes
- ATLAS. Asociación ATLAS en defensa de la adopción (Madrid)
- BATANG MASAYA. Asociación de Familias Adoptantes en Filipinas
- CAMINANTES. Asociación Infanto Juvenil Caminantes (Segovia)
- FAMUR. Asociación de Familias Adoptantes de Murcia
- Hijos que Esperan. Asociación de Familias Adoptantes de niños y niñas con necesidades especiales.
- IMA. Amigos de la Infancia de Marruecos
- MANAIA. Asociación Gallega de Ayuda a la Adopción
- PANDA. Asociación de Familias Adoptantes en China de Navarra
- SEDA. Sociedad Española para el Desarrollo de la Adopción (Estatal)
- UME ALAIA Bizkaia. Asociación de Familias Adoptivas del País Vasco - Bizkaia
- UME ALAIA Guipuzkoa. Asociación de Familias Adoptivas del País Vasco - Guipuzkoa

d. Asimismo existe una Federación de asociaciones de padres adoptantes, LALUNA de la que son miembros las asociaciones que se mencionan a continuación.

- **LALUNA. Unión de Asociaciones por la Adopción y el Acogimiento de Menores**

Dirección: C/ Alcalde López Casero, 14. 2ºB. Madrid

Teléfono: 914043895

Fax: 913775894

Correo electrónico: unionlaluna@unionlaluna.org

Web: <http://www.unionlaluna.org/>

Relación de asociaciones que forman parte de LALUNA:

- DAGA (Madrid - Extremadura-Valencia)
- UME ALAIA (País Vasco)
- AFAAN -Jerónimo Luna (Andalucía)

Es importante tener en cuenta, que las Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAIs) están gestionadas por asociaciones, y por lo tanto, además de los servicios propios para la adopción internacional, pueden desarrollar también actividades asociativas para las familias adoptivas.

e. Por último, y continuando con los organismos canalizadores debemos hacer referencia a las Instituciones Estatales dependientes del Gobierno de España tales como:

- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia.

Servicio de Adopción y Protección.

Dirección Postal y Registro: Paseo del Prado, 18-20. 28071 Madrid.

Sede: Paseo de la Castellana, 67. Edificio de Fomento. 6ª planta. 28071 Madrid.

Información (Teléfono): 91 822 66 61 y 91 822 66 66.

Fax: 91 822 66 79.

- **Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación**

Dirección General de Españoles en el Exterior y de Asuntos Consulares y Migratorios.

C/ Ruiz de Alarcón, 5. 28071 Madrid.

Centralita: 91 379 17 00.

Teléfonos de información general: 91 379 16 55

- **Ministerio de Justicia**

Secretaría de Estado de Justicia.

Dirección General de los Registros y del Notariado.

Plaza de Jacinto Benavente, 3. 28071 Madrid.

Teléfono: 91 837 22 95.

Atención al ciudadano: 902 007 214.

C. Requisitos

La legislación española en materia de adopción nacional establece para adoptantes y adoptados los siguientes requisitos:

a. Por parte del adoptante:

De conformidad con el art. 175 del Código Civil, los adoptantes deben reunir los siguientes requisitos:

- Ser mayores de 25 años (basta que uno de ellos haya alcanzado dicha edad).
- Que la diferencia máxima de edad entre adoptado y adoptante no sea superior a 40 años (se hace la media de edad en caso de pareja).
- Haber presentado la correspondiente solicitud en el Registro de Adopciones.
- Poseer unas condiciones psicopedagógicas y socio-económicas mínimas como pueden ser:
 - Que el medio familiar reúna las condiciones adecuadas para la atención del menor respecto a su salud física y psíquica (situación socio-económica, habitabilidad de la vivienda, disponibilidad de tiempo mínimo para su educación).

- En el caso de cónyuges o personas que convivan habitualmente de hecho, que exista una relación estable y positiva (se valora convivencia mínima de 2 años).
- Que existan motivaciones y actitudes adecuadas para la adopción.
- Que exista voluntad compartida por parte de ambos en el caso de ser cónyuges o parejas de hecho.
- Que exista aptitud básica para la educación de un niño.
- Será negativo que los solicitantes condicionen la adopción a las características físicas, al sexo o a la procedencia socio-familiar de los menores, así como la ocultación o falseamiento de datos relevantes para la valoración por parte de los solicitantes.

b. Por parte del adoptado:

Sólo se podrá adoptar al/los menores de dieciocho años que no estén emancipados. Por excepción, será posible la adopción de un mayor de edad o de un menor emancipado cuando, inmediatamente antes de la emancipación, hubiere existido una situación no interrumpida de acogimiento o convivencia, iniciada antes de que la persona que va a ser adoptada hubiere cumplido los catorce años.

No se puede adoptar a un descendiente ni a un pariente en segundo grado de la línea colateral por consanguinidad o afinidad.

D. El niño en situación de desamparo

A la hora de abordar desde el punto de vista jurídico la situación de desamparo en los menores, la doctrina legislativa es clara en ese sentido y disponemos de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia que para favorecer la comprensión de la misma procederemos a exponer.

a. Protección de los niños y los adolescentes desamparados

Sección primera

El desamparo

Artículo 105. Concepto.

1. Se consideran desamparados los niños o los adolescentes que se encuentran en una situación de hecho en la que les faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad, siempre que para su protección efectiva sea necesario aplicar una medida que implique la separación del núcleo familiar.

2. Son situaciones de desamparo:
- a) El abandono.
 - b) Los maltratos físicos o psíquicos, los abusos sexuales, la explotación u otras situaciones de la misma naturaleza efectuadas por las personas a las que corresponde la guarda o que se han llevado a cabo con el conocimiento y la tolerancia de esas personas.
 - c) Los perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal. A tales efectos, se entiende por maltrato prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, así como el producido indirectamente al recién nacido por parte de la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación.
 - d) El ejercicio inadecuado de las funciones de guarda que comporte un peligro grave para el niño o el adolescente.
 - e) El trastorno o la alteración psíquica o la drogodependencia de los progenitores, o de los titulares de la tutela o de la guarda, que repercuta gravemente en el desarrollo del niño o el adolescente.
 - f) El suministro al niño o al adolescente de drogas, estupefacientes o cualquier otra sustancia psicotrópica o tóxica realizado por las personas a las que corresponde la guarda o por otras personas con su conocimiento y tolerancia.
 - g) La inducción a la mendicidad, a la delincuencia o a la prostitución por parte de las personas encargadas de la guarda, o el ejercicio de estas actividades llevado a cabo con su consentimiento o tolerancia, así como cualquier forma de explotación económica.
 - h) La desatención física, psíquica o emocional grave o cronificada.
 - i) La violencia machista o la existencia de circunstancias en el entorno sociofamiliar del niño o el adolescente, cuando perjudiquen gravemente su desarrollo.
 - j) La obstaculización por los progenitores o los titulares de la tutela o de la guarda de las actuaciones de investigación o comprobación, o su falta de colaboración, cuando este comportamiento ponga en peligro la seguridad del niño o el adolescente, así como la negativa de los progenitores o los titulares de la tutela o de la guarda a participar en la ejecución de las medidas adoptadas en situaciones de riesgo si ello conlleva la persistencia, la cronificación o el agravamiento de estas situaciones.

- k) Las situaciones de riesgo que por su número, evolución, persistencia o agravamiento determinen la privación al niño o al adolescente de los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad.
- l) Cualquier otra situación de desatención o negligencia que atente contra la integridad física o psíquica del niño o el adolescente, o la existencia objetiva de otros factores que imposibiliten su desarrollo integral.

Artículo 106. Procedimiento de desamparo.

1. En el momento en que se tiene conocimiento de que uno niño o adolescente puede encontrarse en situación de desamparo, el departamento competente en materia de protección de los menores desamparados debe incoar el expediente de desamparo. Antes del acuerdo de iniciación, el órgano competente puede abrir un período de información previa con el fin de conocer las circunstancias del caso concreto y la conveniencia o no de iniciar el procedimiento.
2. La incoación debe notificarse a los progenitores o a los titulares de la tutela o de la guarda del niño o el adolescente, y se les debe informar del derecho que tienen de comparecer en el procedimiento, aportar informes u otros elementos de prueba, o efectuar las alegaciones que consideren procedentes.
3. Para la resolución del procedimiento los equipos técnicos competentes deben evacuar un informe con carácter preceptivo. A tales efectos, tienen el carácter de equipos técnicos los servicios especializados de atención a los niños y a los adolescentes, y los otros que se determinen reglamentariamente.
4. Los equipos técnicos, en su intervención durante el proceso de estudio y evaluación, deben escuchar al adolescente, y al niño si tiene suficiente conocimiento, así como a las personas que tengan la potestad parental, tutelar o la guarda, siempre que sea posible. A tales efectos, los progenitores o los titulares de la tutela o de la guarda están obligados a comparecer en la sede administrativa en la que se les convoque.
5. Una vez se haya elaborado el informe propuesta por parte de los equipos técnicos y se hayan practicado el resto de actuaciones acordadas, en su caso, de oficio o a instancia de parte, debe darse audiencia y vista del expediente en un plazo de diez días a los progenitores, o a los titulares de la tutela o de la guarda, teniendo mucho cuidado de que no accedan a documentos o a datos que afecten a la intimidad de las personas o sean reservados o confidenciales.

6. El procedimiento finaliza por resolución motivada que declara la situación de desamparo o, en caso contrario, ordena el archivo del expediente. La Administración tiene la obligación de dictar la resolución en el plazo de un año a contar desde la incoación del expediente. Transcurrido este plazo sin que se haya dictado la resolución, el procedimiento se entiende caducado, sin perjuicio de su nueva incoación, si procede. En caso de que, a pesar de no ser procedente la declaración de desamparo, se constate una situación de riesgo, el expediente debe derivarse a los servicios sociales especializados o a los servicios sociales básicos para que procedan de acuerdo con lo previsto para las situaciones de riesgo.

Artículo 107. Procedimiento simplificado.

El organismo competente en materia de protección de los niños o los adolescentes desamparados puede dictar, sin más trámites, la resolución que declara la situación de desamparo, si los progenitores o los titulares de la tutela o de la guarda manifiestan la conformidad con la declaración, y una vez escuchado el adolescente, o el niño, si tiene suficiente conocimiento.

Artículo 108. Notificación.

1. Las resoluciones que declaran el desamparo deben ser comunicadas al Ministerio Fiscal en el plazo de dos días y notificadas a los progenitores, a los titulares de la tutela o de la guarda y al adolescente.
2. La notificación a la que se refiere el apartado 1 debe informar de los efectos de la resolución, de la posibilidad de impugnación y de los plazos para hacerlo, así como de los requisitos y los trámites que deben cumplirse para el reconocimiento del derecho a la asistencia jurídica gratuita.

Artículo 109. Efectos de la declaración de desamparo.

1. La resolución de declaración de desamparo comporta la asunción inmediata de las funciones tutelares sobre el niño o el adolescente, mientras no se constituya la tutela por las reglas ordinarias o el niño o el adolescente no sea adoptado, no sea reintegrado a quien tenga su potestad o su tutela, no se emancipe o no llegue a la mayoría de edad.
2. La asunción de las funciones tutelares implica, mientras sea vigente, la suspensión de la potestad parental o de la tutela ordinaria y de los derechos derivados, siempre que esta asunción de funciones tutelares no quede sin efecto por resolución administrativa o resolución dictada en el correspondiente procedimiento judicial civil.

3. El organismo competente puede pedir, si procede, la privación de la potestad parental, la remoción de la tutela y reclamar alimentos o ejercer las acciones administrativas o judiciales que sean procedentes en beneficio del niño o el adolescente.
4. La suspensión o la privación no afectan a la obligación de los progenitores u otros parientes de hacer todo lo necesario para asistir a los niños o a los adolescentes ni la obligación de prestarles alimentos en el sentido más amplio.
5. La resolución de desamparo debe determinar la obligación de los progenitores u otros parientes de contribuir al pago de los servicios utilizados por el niño o el adolescente.
6. La resolución de desamparo definitiva conlleva la obligación, por parte del organismo de protección del niño y el adolescente, de promover la tramitación inmediata de la documentación personal del menor o la menor, en caso de que este no disponga de la misma previamente.

Artículo 110. Medidas cautelares.

1. El órgano competente de la Generalidad en materia de protección de los niños y los adolescentes, los servicios sociales especializados y los servicios sociales básicos tienen la obligación de prestar la atención inmediata que necesite cualquier niño o adolescente, en función de su competencia.
2. Cuando los niños y adolescentes inmigrados no acompañados no puedan acreditar documentalmente la minoría de edad o existan dudas sobre la veracidad de la documentación aportada, el departamento competente en materia de protección de los niños y los adolescentes debe ofrecerles la atención inmediata que necesiten mientras se realizan las gestiones y los trámites establecidos por la legislación sobre extranjería para determinar su edad.
3. Cuando exista una situación de peligro para el niño o el adolescente, o concurra cualquiera otra causa que exija una intervención urgente y que haga necesaria la separación del núcleo familiar, el organismo competente debe declarar preventivamente el desamparo mediante resolución motivada y debe aplicar las medidas que sean necesarias, con las notificaciones establecidas por el artículo 108. Simultáneamente, en caso de no haberlo hecho antes, debe iniciar el procedimiento de desamparo, que debe seguir sus trámites hasta la resolución definitiva que ratifique, modifique o deje sin efecto la resolución de desamparo y las medidas provisionalmente acordadas.

4. La declaración preventiva de desamparo antes del nacimiento es procedente cuando se prevé claramente la situación de desamparo del futuro recién nacido. En el supuesto de maltrato prenatal, el órgano competente en materia de protección de los niños y los adolescentes puede pedir a la autoridad judicial las medidas necesarias en relación con la madre para hacer efectiva la futura protección del recién nacido.
5. Previamente a la declaración preventiva de desamparo y a la adopción de medidas urgentes, siempre que la situación lo permita, debe escucharse al adolescente, y al niño, si tiene suficiente conocimiento, así como a los progenitores o a los titulares de la tutela o de la guarda.

Artículo 111. Atención inmediata y transitoria en familias acogedoras de urgencia o en centros de acogimiento.

1. Las familias acogedoras de urgencia o los centros de acogimiento, si procede, deben ejercer la atención inmediata y transitoria de los niños y los adolescentes desamparados, mientras se analiza la problemática y se determina, en su caso, la medida de protección más adecuada. El estudio de la problemática del niño y la propuesta de medida protectora deben llevarse a cabo en el plazo que se establezca reglamentariamente, que como máximo debe ser de seis meses.
2. En los centros de acogimiento deben crearse unidades de primera estancia para acoger inicialmente, en el período de adaptación al sistema, a los niños y adolescentes desamparados.

Artículo 112. Auxilio judicial y policial.

1. Si por la oposición de los progenitores, o de los titulares de la tutela o de la guarda, o por la existencia de cualquier otro impedimento grave, se obstaculiza o se imposibilita la ejecución de las medidas de protección acordadas, el órgano competente debe solicitar a la autoridad judicial que corresponda según la Ley orgánica del poder judicial las medidas necesarias por hacerlas efectivas, sin perjuicio de las intervenciones inmediatas que puedan llevarse a cabo si está en peligro la vida o la integridad del menor o la menor o se vulneran gravemente sus derechos.
2. La Policía de la Generalidad - Mossos d'Esquadra debe prestar la cooperación y el auxilio necesarios para practicar las actuaciones de investigación y debe ejecutar las medidas establecidas si existe negativa o resistencia a cumplirlas.

Artículo 113. Régimen de recursos.

1. La declaración de desamparo, sin perjuicio de su eficacia inmediata, es impugnabile en los términos establecidos por la Ley de enjuiciamiento civil ante la jurisdicción civil sin necesidad de reclamación previa por vía administrativa en el plazo de tres meses a contar desde la notificación de la resolución que se impugna.
2. La impugnación por parte del adolescente requiere que previamente la autoridad judicial haya nombrado un defensor o defensora judicial. A tales efectos, cuando una vez notificada la resolución, el adolescente manifieste, dentro de plazo, la disconformidad y la voluntad de impugnar, el órgano competente que ha asumido la tutela debe promover su nombramiento judicial.

Artículo 114. Acumulación procesal.

El departamento competente en materia de atención a los niños y a los adolescentes, sin perjuicio de las obligaciones que corresponden al Ministerio Fiscal de acuerdo con la disposición final vigésima de la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil, debe velar porque, incoado un procedimiento de oposición a medidas administrativas de protección de menores, se resuelvan en un mismo procedimiento todas las acciones e incidencias que afecten a un mismo niño o adolescente o que afecten a hermanos. A tal efecto, debe promover las actuaciones oportunas establecidas por la legislación procesal.

Artículo 115. Cambio de circunstancias.

1. Los progenitores que no han sido privados de la potestad parental o, si procede, las personas titulares de la tutela que no han sido removidas del cargo pueden solicitar al organismo competente en materia de protección de los niños y los adolescentes, dentro del plazo de un año a contar desde la notificación de la resolución administrativa de desamparo, que deje sin efecto la resolución que la hubiese acordado, si se ha producido un cambio sustancial en las circunstancias que motivaron la declaración de desamparo y no se ha constituido la medida de acogimiento preadoptivo, velando siempre por el interés superior del niño o el adolescente.
2. La solicitud debe resolverse en el plazo de tres meses. Pasado este plazo, la solicitud se entiende desestimada por silencio, a fin de salvaguardar siempre el interés superior del niño o el adolescente.

3. Contra esta resolución puede formularse oposición judicial en el plazo de dos meses a contar desde la notificación o desde la finalización del plazo para resolver, en los términos establecidos por la Ley de enjuiciamiento civil.
4. Transcurrido el plazo de un año establecido por el apartado 1, decae el derecho de petición de revisión y no es posible la oposición a las medidas que se adopten para la protección del niño o el adolescente.

Artículo 116. Régimen de relación y visitas.

1. La declaración de desamparo y la adopción posterior de una medida de protección no debe impedir la comunicación, la relación y las visitas del niño o el adolescente con sus familiares, salvo que el interés superior del niño o el adolescente haga aconsejable su limitación o su exclusión.
2. Salvo en el caso de que se haya acordado el acogimiento preadoptivo y que sea firme, la resolución que dispone, limita o excluye el régimen de relación y visitas o la desestimación por silencio en el plazo de un mes a contar desde la fecha de la solicitud es impugnabile ante la jurisdicción civil, en los términos establecidos por la Ley de enjuiciamiento civil, en el plazo de dos meses a contar desde su notificación o de la desestimación presunta por silencio y sin necesidad de reclamación previa por la vía administrativa, a fin de salvaguardar siempre el interés superior del niño o el adolescente.
3. El órgano competente de la Generalidad en la supervisión de la relación y las visitas del niño o el adolescente con sus familiares tiene la obligación de procurar los mecanismos necesarios para que la visita tenga lugar en los horarios más adecuados de acuerdo con el interés del niño o el adolescente, teniendo en cuenta especialmente su horario escolar.

Artículo 117. Información al niño o adolescente desamparado.

1. El niño con suficiente conocimiento y el adolescente deben ser informados por el departamento competente en materia de protección de los niños y los adolescentes sobre su situación personal, las medidas adoptadas y las actuaciones que hay que seguir, su duración y contenido, de cuáles son sus derechos y de los órganos e instituciones a los que pueden dirigirse para defender sus derechos. Esta información debe ser comprensible, adecuada a sus condiciones y continua durante todo el proceso de intervención. Sin embargo, el niño o el adolescente tiene derecho a participar en el proceso de estudio de su situación y en la elaboración de la propuesta de la medida, si las condiciones de edad o de madurez lo hacen posible.

2. El niño o el adolescente tiene derecho a conocer, en función de su edad y capacidad, su historia personal y familiar y, si ha sido separado de su familia de origen definitivamente, sus antecedentes culturales y sociales, que deben ser siempre respetados.
3. Alcanzada la mayoría de edad, la persona interesada tiene derecho a acceder a su expediente y a conocer los datos sobre sus orígenes y parientes biológicos. A tal fin, el órgano competente en materia de protección de los niños y los adolescentes debe iniciar un procedimiento confidencial de mediación, previo a la revelación de los posibles parientes biológicos, en cuyo marco, tanto la persona interesada como las personas afectadas deben ser informadas de las respectivas circunstancias familiares y sociales, y de la actitud manifestada por la otra parte en relación con el posible encuentro.

Sección tercera

Medidas de protección de los niños y los adolescentes desamparados

Artículo 120. Tipología de las medidas.

1. Las medidas que deben adoptarse por resolución motivada, siempre teniendo en cuenta el interés del niño o el adolescente, pueden ser las siguientes:
 - a) El acogimiento familiar simple por una persona o una familia que pueda suplir, temporalmente, el núcleo familiar natural del niño o el adolescente.
 - b) El acogimiento familiar permanente.
 - c) El acogimiento familiar en unidad convivencial de acción educativa.
 - d) El acogimiento en un centro público o concertado.
 - e) El acogimiento preadoptivo.
 - f) Las medidas de transición a la vida adulta y a la autonomía personal.
 - g) Cualquier otra medida de tipo asistencial, educativo o terapéutico aconsejable, de acuerdo con las circunstancias del niño o el adolescente.
2. Las medidas de acogimiento familiar, siempre que sea posible, tienen preferencia respecto de las que conllevan el internamiento del menor o la menor en un centro público o concertado.

3. El niño o el adolescente para cuya protección es necesaria la aplicación de la medida de acogimiento en familia ajena o en centro tiene derecho a ser acogido lo más cerca posible de su domicilio, salvo que no le resulte beneficioso.

Artículo 121. Procedimiento para la adopción de medidas.

La adopción de cualquier medida de protección debe hacerse mediante resolución motivada y notificada, de acuerdo con lo establecido por el artículo 108; y, salvo en los supuestos de adopción de medidas cautelares, debe cumplirse el procedimiento determinado legalmente.

Artículo 122. Revisión y modificación.

Las medidas de protección pueden ser revisadas y modificadas en cualquier momento en función de la evolución de la situación del niño o el adolescente. Con esta finalidad, los equipos técnicos competentes deben informar semestralmente al órgano competente en materia de protección de los niños y los adolescentes de la evolución de la situación y del seguimiento que realizan de la misma.

Artículo 123. Impugnación.

1. Las resoluciones que acuerdan las medidas de protección son impugnables ante la autoridad judicial, sin necesidad de reclamación previa por la vía administrativa, en el plazo de dos meses a contar desde la notificación de la resolución que se impugna.
2. A pesar de lo establecido por el apartado 1, una vez transcurrido el plazo de un año establecido por el artículo 115 o confirmado judicialmente el desamparo, los progenitores no pueden oponerse a las decisiones o medidas que se adopten para la protección del niño o el adolescente, salvo la resolución que acuerde el acogimiento preadoptivo, siempre que, en este caso, los progenitores no hayan sido privados de la potestad parental.
3. La impugnación por parte del adolescente requiere que previamente la autoridad judicial haya nombrado a un defensor o defensora judicial, según lo establecido por el Código civil. A tales efectos, cuando, una vez notificada la resolución, el adolescente manifieste, dentro de plazo, su disconformidad y su voluntad de impugnar, el órgano competente que haya asumido la tutela debe promover dicho nombramiento judicial.

Artículo 124. Extinción.

Las medidas de protección se extinguen por:

- a) Adopción.
- b) Alcance de la mayoría de edad, emancipación o habilitación de edad.

- c) Resolución judicial civil firme.
- d) Constitución de la tutela.
- e) Acuerdo del órgano competente que declara que han desaparecido las circunstancias que habían dado lugar a la adopción de la medida.
- f) Muerte o declaración de defunción del niño o del adolescente.

Subsección primera

Acogimiento familiar

Artículo 125. Medida de acogimiento familiar.

1. El niño o el adolescente desamparado debe ser confiado a una familia o a una persona que haga posible el desarrollo integral de su personalidad.
2. Las personas que reciben a un niño o a un adolescente en acogimiento ejercen su guarda y tienen la obligación de velar por esta persona, tenerla en su compañía, alimentarla, educarla y procurarle una formación integral, bajo la supervisión de la entidad competente, que debe facilitar la ayuda y el asesoramiento necesarios.

Artículo 126. Clases.

1. El acogimiento familiar puede ser simple o permanente.
2. El acogimiento familiar simple debe acordarse si se prevé que el desamparo será transitorio, y puede tener diferentes modalidades; la tipología y la duración de las modalidades de acogimiento familiar simple deben establecerse reglamentariamente.
3. El acogimiento familiar permanente debe acordarse si se prevé que el desamparo será definitivo y no se considera más favorable para el interés del niño o el adolescente la aplicación del acogimiento preadoptivo o cuando este no sea posible.

Artículo 127. Acogimiento en familia extensa y acogimiento en familia ajena.

1. El acogimiento familiar, simple o permanente, puede constituirse en la familia extensa del niño o el adolescente o en familia ajena.
2. A los efectos de la presente ley, se entiende por familia extensa aquella en la que existe una relación de parentesco por consanguinidad o afinidad entre el niño o el adolescente y la persona acogedora, o uno de los miembros de la familia acogedora, así como con los convivientes con el niño o el adolescente en los últimos dos años.
3. El acogimiento simple o permanente en familia extensa tiene preferencia respecto del acogimiento en familia ajena.

4. La elección de los familiares en el acogimiento simple o permanente en familia extensa debe hacerse teniendo en cuenta, en cualquier caso, que quienes quieren acoger al niño o adolescente han mostrado suficiente interés por su bienestar, que existe vínculo afectivo con el mismo, que tienen la capacidad de preservarle de las condiciones que generaron la situación de desamparo, y una aptitud educadora adecuada. Asimismo, no debe haber oposición al acogimiento por parte de las personas que conviven en el domicilio de los acogedores.

Artículo 128. Resolución de acogimiento.

El acogimiento familiar se acuerda por resolución motivada del departamento competente en infancia y adolescencia, sin necesidad del consentimiento de los progenitores o titulares de la tutela o de la guarda.

Artículo 129. Formalización del acogimiento.

1. El acogimiento familiar debe formalizarse por escrito. En esta formalización escrita debe constar el consentimiento de los acogedores y del adolescente. En el caso de los niños, tienen derecho a ser escuchados si tienen la suficiente capacidad. El acto de formalización no es impugnabile.
2. En el momento de formalizar el acogimiento, el departamento competente en infancia y adolescencia debe facilitar a los acogedores los documentos necesarios para justificar la identidad del menor o la menor, los informes de salud y educativos de los que se disponga y la información de interés para el ejercicio de la guarda y las funciones tutelares delegadas.
3. Los criterios de selección de la persona o la familia de acogida deben establecerse por reglamento y deben tener en cuenta la edad, la aptitud educadora, la situación familiar y otras circunstancias en interés del niño o el adolescente.
4. El acogimiento de hermanos debe confiarse a una misma persona o familia, salvo que existan circunstancias que justifiquen su separación, y deben facilitarse las relaciones entre el niño o el adolescente y su familia natural cuando sea posible el reintegro a esta, para favorecerlo, y cuando pueda beneficiar al niño o al adolescente.

Artículo 130. Finalización del acogimiento familiar.

El acogimiento familiar, además de por las causas establecidas por el artículo 124, finaliza por muerte, incapacidad o voluntad de la familia o la persona acogedora, y por voluntad del adolescente. En estos casos es preciso establecer a continuación la medida de protección que proceda en beneficio del niño o del adolescente.

E. Legislación vigente

- a. Ley 54/2007, de 28 de diciembre de Adopción Internacional.
- b. Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.
- c. Código Civil
 - Artículo. 9 puntos 4 y 5. Artículos 175 a 180.
- d. Ley de Enjuiciamiento Civil (R.D. 3 de febrero de 1881, artículos en vigor de conformidad con lo dispuesto en la disposición derogatoria única 1.1ª y 2ª de la LEC 1/2000.
 - Artículos 1.829 a 1.832.
- e. Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional.
 - Instrumento de ratificación del Convenio por España. BOE. Número 182. Martes 1 de agosto de 1995.
 - Estados parte de la Convención.
 - Autoridades Centrales.
 - Para más información de la Convención pueden dirigirse a la página web de la propia Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado.
- f. Y como ejemplo señalar algunos convenios bilaterales de adopción internacional.
 - Bolivia. Acuerdo bilateral del Reino de España y la República de Bolivia en materia de adopciones. Madrid, 29 de octubre de 2001 (BOE. núm.304, 20 de diciembre de 2001 y BOE núm.177, de 25 de julio de 2002).
 - Filipinas. Protocolo sobre adopción internacional entre el Reino de España y la república de Filipinas. Manila 12 de Noviembre de 2002. (BOE. núm. 21.24 de enero de 2003 y BOE núm.265.5 de noviembre de 2003).
 - Vietnam. Convenio de Cooperación en materia de Adopción entre el Reino de España y la República Socialista de Vietnam. (BOE. núm. 16. 18 de enero de 2008).

Bibliografía

1. Alicia Torres Muñoz. Las técnicas de grupo en la educación superior. Ciencia e Ingeniería Neogranadina. Universidad militar Nueva Granada, Colombia. Redalyc.org red de revistas científicas. 2001.
2. Alonso M. C., Gallego D. y Honey P. Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora. Ediciones Mensajero. Bilbao. 1999.
3. Altés Anna, Ferrando Joseph, Mendivil Joan, Borrell Carme. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Observatorio de salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
4. Andrés Checa D. Manual DAE de Enfermería. EIR. Oposiciones. DAE (grupo Paradigma). Madrid. 2011.
5. Andueza María. Dinámica de grupos en educación. 3ª edición. México. Trillas. 1983.
6. Anziew- Martín. La dinámica de los grupos pequeños. Editorial Kapeluz. 1984.
7. Aparicio Serrano JA, Hoyos de los Ríos OL. Enseñanza para el cambio de las representaciones sobre el aprendizaje. D-Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. 2009.
8. Artículo salud y estilo de vida. Por qué comemos lo que comemos: obstáculos al cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida. 2014. www.eufic.org.
9. Auba J, Altisent R, Cabezas C, Córdoba R, Fernández Tenllado MA, Gobierno J. Efectividad de la educación sanitaria en grupo en el marco de la atención primaria. Informe técnico del grupo de Educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. 1996.
10. Azagra M. Educación sanitaria en la formación básica de enfermería. Rol 99. 1986.
11. Benito ET. Diccionario de ciencias y técnicas de la comunicación. Ediciones paulinas. Madrid. 1991.
12. Bertha Graciela, García Parra. El arte de la comunicación. Instituto politécnico nacional. México. 2010.

13. Bisquerra R. Educación emocional y bienestar. Praxis. Barcelona. 2000.
14. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de investigación educativa (RIE). 2003.
15. Cabrera Albert JS. La comprensión del aprendizaje desde la perspectiva de los estilos de aprendizaje. Editorial El Cid. Argentina. 2009.
16. Cabrera F, Donoso T, Marín MA. Manual de formación pedagógica básica para formadores. Promociones y publicaciones Universitarias. Barcelona. 1993.
17. Camacho S, Sáenz O. Técnicas de comunicación eficaz para profesores y formadores. Marfil. Alcoy. 2000.
18. Carpena A. Emociones y Salud. Aula de Innovación Educativa. 2008.
19. Comprender y abordar la salud contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Organización Mundial de la salud. 2013.
20. Comunicado de prensa: “Las conductas de riesgo constituyen una amenaza creciente para la salud mundial”. Informe del banco mundial. Noviembre del 2013. www.bancomundial.org.
21. Costa M. López E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Ediciones Pirámide. Madrid. 1996.
22. Costa M., López E. Salud Comunitaria. Barcelona. 1986.
23. Dalmau Llorca MR. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Revista de Atención Primaria. Junio 2003, 32 (01): 36-41.
24. Damien de Walque. Poner en riesgo su salud. Investing in Health. Marzo 2013.
25. Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria 2. Ediciones DAE (grupo Paradigma). Madrid. 2009.
26. Davis F. La comunicación no verbal. El libro de bolsillo. Psicología. Alianza. Madrid. 1998.
27. Devers T. Aprenda a comunicarse mejor. Expresión no verbal, actitudes y comportamientos. Grijalbo. Barcelona. 1990.

28. Echeburúa E y Corral P. Manual de violencia familiar: Madrid. 1998.
29. Estanqueiro Antonio. Principios de comunicación interpersonal: para saber tratar con las personas. Narcea ediciones. 2006.
30. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos. Londres. 1996.
31. Fernández Abascal EG, Palmero F. Emociones y salud. Ariel. Barcelona. 1999.
32. Fernández Abascal EG. Emociones positivas. Pirámide. Madrid. 2009.
33. Fernández Ballesteros R. Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid. Síntesis. 1995.
34. Florent Marcellesi. Blog de una activista e investigador ecologista. En defensa del derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo. Ecofeminismo. 2014.
35. Formación en promoción y educación para la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2004.
36. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2007.
37. Gándara J, Fuertes JC. El arte y la técnica de la comunicación eficaz en la práctica sanitaria. Máster Line-Pfizer S.A. Madrid. 1999.
38. García Barbero M, Alfonso Roca MT, Cancillo Salas J, Castejón Ortega JV. Planificación educativa en Ciencias de la Salud. Barcelona. Masson. 1995.
39. García Galano EV, Bernardo Sánchez M. El proceso de comunicación en la enseñanza de la medicina. El Cid Editor. Argentina. 2009.
40. Goleman D. Inteligencia emocional. Kairos. Barcelona. 2001.
41. González de Chávez M^a Asunción. Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 1999.
42. Grupo de educación para la salud: recomendaciones metodológicas para elaborar un proyecto educativo. Insalud. Madrid. 1999.

43. Guía de Promoción de Salud para agentes de salud comunitarios. Instituto madrileño de la Salud. Área 1 Atención Primaria. Madrid. 2000.
44. Gustavo Cirigliano y Aníbal Villaverde. Dinámica de grupo y educación. Buenos Aires, Argentina. Editorial Humanitas. 1966.
45. Instituto de la Mujer. Informes de impacto de género. Guía de aplicación práctica para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno de acuerdo a la Ley 30/2003. Elaborado por Fundación Mujeres, 2005.
46. Jewkes R, Sen P, García Moreno C. La violencia sexual. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la salud. Ginebra. 2002.
47. Jiménez F. La comunicación interpersonal. ICCE. 1979.
48. La Educación sanitaria. Tema 5. Asignatura: salud, autonomía y bienestar social. Curso 2011-2012. Grado en Trabajo Social.
49. Lasheras M^a Luisa, Pires Marisa, Rodríguez M^a del Mar. Género y Salud. Likadi. Instituto Andaluz de la Mujer. 2004.
50. Laza Sebastián. Adolescentes y adultos como sujetos de aprendizaje. Editorial El Cid. Argentina. 2009.
51. Levy J. Right Brain, Left Brain: Fact and Fiction, Educational Psychology. Reader, Macmillan Publishing Company. New York. 1990.
52. María Luz Piñeyro. Las dinámicas grupales en el área educativa (<http://educrea.cl/las-dinamicas-grupales-en-el-area-educativa>). Biblioteca docente.
53. Marqués Fernando, Sáez Salvador, Guayta Rafael. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Editorial UOC. Barcelona. 2004.
54. Martínez F. Revelar, compartir y expresar emociones: efectos sobre la salud y el bienestar. Ansiedad y estrés. 2001.
55. Marvin E. Shaw. Dinámica de grupo. Barcelona. Editorial Herder. 1980.
56. Medicina preventiva. Estilo de vida más saludable: las mejores estrategias. 2014. <http://medicinapreventiva.info>.

57. Miguel Tobal JJ, González Ordi H. Emociones y Salud: perspectivas actuales en el estudio de los trastornos cardiovasculares. Ansiedad y estrés. 2003.
58. Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 2003.
59. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2006.
60. Miqueo Consuelo, Tomás Concepción, Tejero Carmen, Barral M^a José, Fernández Teresa, Yago, Teresa. Perspectivas de género en salud. Madrid. Minerva. 2001.
61. Montoya Guzmán, JO. Tipos de comunicación. El Cid editor. Argentina. 2009.
62. Muchielli A. Psicología de la comunicación. Paidós. Barcelona. 1998.
63. Número 4.
64. Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
65. Ongallo Carlos. Manual de comunicación: guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones. Dykinson. España. 2008.
66. Organización Panamericana de la salud (OPS). Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington. 2004.
67. Orta MA, Rodríguez RM, Prieto J. Educación para la salud desde Atención Primaria. Rev ROL de e Mark L, Knapp. La comunicación no verbal. Ed. Paidós comunicación. 2007.
68. Perea Quesada R. Promoción y Educación para la Salud: tendencias innovadoras. Díaz de Santos, S.A. Madrid. 2010.
69. Pérez C, R. Los estilos de aprendizaje y estilos de enseñanza, Impresora Tica S.A.1998.

70. Pérez Llantada MC, López de la Llave A. Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos. Madrid. Dykinson.1999.
71. Pérez Quesada R. Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid. Díaz de Santos. 2004.
72. Polaino-Lorente A. Educación para la Salud. Herder. Barcelona. 1987.
73. Pozo, JL, Sheuer N. Las concepciones sobre el aprendizaje como teorías implícitas, Santillana, Madrid. 1999.
74. Pozo, JL. Teorías cognitivas del aprendizaje. Morata, Madrid. 1989.
75. Profesor: Garduño Martínez JA. Asignatura: expresión oral y escrita. Clasificación de los tipos de comunicación. Marzo 2012. UNITEC. asesor. dgose.tutor@hotmail.com.
76. Recursos de autoayuda. 15 actitudes negativas de una persona. Julio 2011. www.recursosdeautoayuda.com.
77. Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson. Barcelona. 1992.
78. Rodrigo Córdoba, Manel Nebot. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. Revista Medicina Clínica. Junio 2005 (4).
79. Rodríguez –Sanz Maica, Carrillo Paloma, Borrell Carme. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003. Madrid.
80. Sáez S. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños. Pagés. Lérida. 1995.
81. Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Díaz de Santos, S.A. Madrid. 1990.
82. Sánchez Moreno A, Ramos E, Marset P. Libro I de enfermería profesional: salud pública y enfermería comunitaria. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 1996.
83. Sánchez Moreno A, Ramos García E, Marset Campos P. Educación para la salud. Madrid. McGraw-Hill Interamericana 1999.

84. Serrano González MI. Educación para la salud y participación comunitaria. Díaz de Santos, S.A. Madrid. 1990.
85. Serrano González MI. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Madrid. Díaz de Santos. 1997.
86. Serrano González MI. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Díaz de Santos. Madrid. 2002.
87. Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. DAE (grupo Paradigma). Madrid. 2009.
88. Tournebise T. El arte de comunicarse. Robinbook. Barcelona. 1996.
89. Trechera Herreros, JL. Trabajar en equipo: talento y talante. Técnicas de dinámica de grupos. 2ª edición. Editorial Desclée de Brouwer. España. 2004.
90. Van-der Hofstadt CJ. Habilidades de comunicación aplicadas (guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal). Promolibro. Valencia. 1999.
91. Van-der Hofstadt Román, CJ. El libro de las habilidades de la comunicación. Ediciones Díaz de Santos. España. 2006.
92. Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
93. Vieira H, Manzano P. La comunicación en el aula: relación profesor-alumno según el análisis transaccional. Narcea. 2007.
94. Álvarez Cienfuegos et al. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario; 2000.
95. Código de ética de la confederación internacional de matronas. Elaborado a 6 de Mayo de 1993.
96. Álvarez Martín I; Retana Iza N. Legislación y administración en atención primaria y especializada. Madrid: Síntesis SA. 1994.

97. Arroyo Gordo MP; et al. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Interamericana. 1997.
98. Asociación Española de Derecho Sanitario <http://www.aeds.org>
99. Asociación Española de Matronas. <http://www.aesmatronas.com/>
100. Federación de Asociaciones de Matronas de España. <http://www.federacion-matronas.org/>
101. Balas Sáez A. A.T.S. y Auxiliares de enfermería de la seguridad social. Legislación y jurisprudencia. Madrid: 1989.
102. Cabero Roura L. Aspectos médico legales en la asistencia al parto. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2004.
103. García Barrios PJ. Responsabilidad por las actuaciones sanitarias. Granada: Ed. Alcalá. 2003.
104. Macías Seda J; Medina Aragón FJ y cols. Ética y Legislación en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Colección Líneas de Especialización para Enfermería Ed. ENFO. FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería).2011.
105. Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Manual de asistencia al embarazo normal. Zaragoza: Fabre González. 1993.
106. Lacadena, JR. Genética y bioética. Bilbao: Ed. Descleé de Bronwer SA. 2002.
107. Medina Castellano CD. Ética y Legislación. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2000.
108. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msssi.gob.es/ssi/portada/home.htm>
109. Instituto de la Mujer <http://www.inmujer.gob.es/>
110. Montesinos Sánchez N; Romá Ferri M^ªT; Catalá Pérez C. Derecho mujeres y salud. Murcia: Universidad de Alicante. 1998.
111. Pajares Jiménez JA. Código Civil. Madrid: Tecnos SA. 1994.
112. Pastor García LM, León Correa FJ. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma libros SA. 1997.

113. Pujol Algans C. Código de la Mujer. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer. 1992.
114. Romeo Casabona CM. El convenio de los derechos humanos y biomedicina. Bilbao: Ed. Comares. 2002.
115. Ruano Rodríguez L. Guía de los Derechos de la Mujer. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer. 1993.
116. Siso Martín J. Responsabilidad sanitaria y legalidad en la práctica clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003.
117. Vielva, Julio. Ética de las profesiones. Bilbao: Ed. Descleé de Bronwer SA. 2002.
118. Vila Caro M^aD. La bioética en la encrucijada. Sexualidad, aborto, eutanasia. Madrid: DyKinson S.L. 2003.
119. Diaz-Ambrona Bardaji M^a D et al. Manual de Enfermería Legal y Forense. 2^a Edición Madrid; Ed. Díaz de Santos. 2012.
120. Código Penal. BOE núm. 166, de 12 de julio.
121. Constitución Española. BOE núm. 311.1, de 29 de diciembre de 1978.
122. Ley 16/1983, de 24 de octubre, publicada en el Boletín del Estado el día 26 de octubre.
123. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para hacer efectiva la igualdad de mujeres y hombres.
124. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4 de marzo.
125. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 40, de 15 de febrero.
126. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.
127. Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido. Barcelona 2001.

128. Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Comunidad Autónoma de Andalucía.
129. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria que también publicó en el B.O.C. nº 54, de 16 de marzo de 2007. Decreto 23/2007, de 1 de marzo sobre los Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario.
130. Real decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27 31/01/1997.
131. Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.
132. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
133. 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. BOE núm. 274, de 15 de noviembre.
134. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre.
135. Ley de prevención de riesgos laborales 31/1995 de 8 de Noviembre (B.O.E. de 10 de Noviembre de 1995).
136. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 126, de 27 de mayo.
137. Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudios de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. BOE núm. 72, de 23 de marzo.

138. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269, de 9 de noviembre.
139. Real Decreto 120/2003, de 31 de enero, por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 40, de 15 de febrero.
140. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de Septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
141. Orden de 25 de marzo de 1996 por la que se establecen las normas de funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones. BOE núm. 106, de 2 de mayo.
142. Ley 54/2007, de 28 de diciembre de Adopción Internacional.
143. Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.
144. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión contra la violencia de género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2007.
145. Jiménez Casado C., Lorente Acosta M., Perlado del Campo P., Rodríguez Martín M. Violencia contra las mujeres. Málaga. Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.
146. Lasheras Lozano M^a L., Pires Alcaide M., Rodríguez Gimena M^a M. Género y salud. Madrid. Instituto Andaluz de la Mujer, 2004.
147. Ángeles Álvarez Álvarez. Guía para mujeres maltratadas. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2002.
148. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD