



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 566

Pág. 1

IGUALDAD

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a PILAR CANCELA RODRÍGUEZ

Sesión núm. 19 (extraordinaria)

celebrada el martes 10 de julio de 2018

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- De la presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo, ACAI, (García Gallego), para informar sobre las dificultades de acceso a determinadas técnicas de IVE y la necesidad de que los/as profesionales que realicen abortos se formen en todas las técnicas de IVE para garantizar la libertad de elección de las mujeres. (Número de expediente 219/001109) 2
- De la directora de la organización «Save a girl, Save a Generation» (Ismail), para que en su calidad de experta informe sobre la mutilación genital femenina. (Número de expediente 219/000775) 16

Transcripción literal al no ser posible la presencia ni corrección por parte del personal del Departamento del «Diario de Sesiones».

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 2

Se abre la sesión a las cinco de la tarde.

COMPARECENCIAS:

— **DE LA PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI, (GARCÍA GALLEGO), PARA INFORMAR SOBRE LAS DIFICULTADES DE ACCESO A DETERMINADAS TÉCNICAS DE IVE Y LA NECESIDAD DE QUE LOS/AS PROFESIONALES QUE REALICEN ABORTOS SE FORMEN EN TODAS LAS TÉCNICAS DE IVE PARA GARANTIZAR LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE LAS MUJERES. (Número de expediente 219/001109).**

La señora **PRESIDENTA**: Muy buenas tardes, señorías. Abrimos la sesión para tramitar el orden del día correspondiente, que consiste en la celebración de dos comparecencias, tal y como hemos acordado previamente. La primera de ellas es de doña Francisca García, presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo, para informar sobre las dificultades de acceso a determinadas técnicas de interrupción voluntaria del embarazo y la necesidad de que los/las profesionales que realicen abortos se formen en todas las técnicas de IVE para garantizar la libertad de elección de las mujeres. Es a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.

Por tanto, tiene la palabra en primer lugar doña Francisca García, presidenta de ACAI, por un tiempo entre 20-30 minutos. Le agradecemos muchísimo que esté compartiendo con nosotros y con nosotras en el día de hoy esta sesión, que seguramente resultará tremendamente interesante. Es su tiempo y tiene usted la palabra.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI (García Gallego)**: Buenas tardes, señoras diputadas y señores diputados. Quiero agradecer a los grupos parlamentarios que han hecho posible esta presentación y especialmente al Partido Socialista, que hizo la petición de la misma.

El motivo de la misma es intentar fijar criterios de cómo se debe realizar la prestación sanitaria del aborto provocado para que esta sea una prestación sanitaria de calidad, porque desde nuestra asociación, y no solo desde nuestra asociación, ACAI, sino desde toda la evidencia científica al respecto, dice que la mujer no solo debe decidir sobre su maternidad, sino que para que sea una prestación sanitaria de calidad la mujer también debe decidir con qué técnicas lo hace y además con un acompañamiento de calidad.

Además de esto, desde ACAI queremos evidenciar que en los últimos tiempos, aunque siempre ha acompañado a las clínicas acreditadas de IVE, de nuevo los grupos antielección y antiderecho recrudescen su actividad contra nuestro centro y hoy muchas de las clínicas acreditadas de ACAI sufren el acoso, tanto los profesionales como las mujeres que acuden a nuestro centro a practicarse un aborto, el acoso de estos grupos.

Por lo tanto, pediría a sus señorías que consideren la posibilidad de intervenir de alguna manera en este tema para que esto desaparezca y que las mujeres puedan abortar con tranquilidad, como dice la Ley de Salud Sexual y Reproductiva del 2010.

En mi comparecencia empezaré hablando de varios aspectos del aborto. Primero haré una aproximación a cómo se realiza el aborto, dónde se realiza y por qué se realiza, en la mayoría de los casos en los centros acreditados para IVE, donde la mujer accede a los mismos de forma gratuita. Los centros acreditados lo han hecho, como ustedes ven en los datos publicados por el Ministerio, en la mayoría de los casos lo han hecho siempre, históricamente, estos centros acreditados, en ellos se acumula la experiencia en esta práctica sanitaria que requiere de técnicas específicas consensuadas internacionalmente, como ustedes verán a lo largo de mi exposición. Sin embargo, a partir de que se aprueba la ley del 2010 algo cambia en dónde se realizan los abortos, y esta prestación en el 2016, datos no actualizados, porque son los últimos datos que tiene el Ministerio de Sanidad, se realizan en la sanidad pública el 11,7 % de los abortos.

¿Por qué el aborto se realiza en los centros especializados para IVE y por qué ha sido así históricamente y solo una pequeña parte de ellos, aunque la tendencia va cambiando, se han realizado en centros especializados en IVE y no en la sanidad pública directamente? El motivo o los motivos varios han sido desde el principio nuestra asociación y muchos de los profesionales que hoy todavía forman parte de nuestros equipos empezaron a hacer los abortos en la sanidad pública, sin embargo, cuando no faltaba un anestesiista, faltaba una enfermera o un enfermero porque eran objetores de conciencia, con lo cual el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 3

aborto en la sanidad pública se hizo imposible, por la ambigüedad de la ley, que creaba gran inseguridad jurídica y pocos profesionales se atrevían a hacer abortos, por la objeción de conciencia, ustedes saben que había servicios completos de ginecología y obstetricia que objetaban esta práctica sanitaria, por la falta de formación de los profesionales, y así en el sistema público casi se hizo imposible que se realizaran abortos, solo se hacían en caso de alteración fetal grave o patología materna grave, y lo llamaban para distinguirse de los que hacíamos los centros acreditados como interrupciones legales del embarazo, porque los centros acreditados para IVE hacíamos los abortos eligiendo el concepto de salud de la OMS, que dice que la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino bienestar físico, psíquico y social.

Eso hizo posible el aborto en España hasta la Ley del 2010, con una misma ley que la que había en Portugal, donde en Portugal nunca se hizo, porque la lectura que hicieron de la misma fue muy restrictiva. Este concepto de salud que hoy viene en el preámbulo de la Ley del 2010 permitió que el aborto se pudiera realizar en España con seguridad sanitaria, que no seguridad jurídica.

La mayoría de las comunidades autónomas, en la medida que en los hospitales públicos no se podía realizar esta prestación sanitaria, eligieron un sistema de concertación con los centros médicos especializados para la IVE como sistema de acceso gratuito, seguro y equitativo en la prestación sanitaria del aborto provocado. Esto ha sido así históricamente y sigue siendo en la actualidad. En Andalucía se empieza a hacer este tipo de concertos ya antes de la Ley del 2010, en el año 1996. En este sentido, en la actualidad la mayoría de estas prestaciones sanitarias se realizan en centros públicos concertados, y digo públicos concertados porque de alguna manera los centros acreditados para IVE nos consideramos públicos en la mayoría, porque la mayoría de nuestros cuando hacemos los concertos es la Administración Pública la que define qué criterios sanitarios, técnicos, administrativos y de personal tenemos que reunir para poder firmar esos concertos. Esto lo hacen en exclusiva, como por ejemplo en Andalucía, en Andalucía toda la cuestión del aborto se hace en clínicas concertadas para IVE, o mixto, como ocurre en Cataluña o como ocurre en la Comunidad Navarra o como ocurre en Asturias, ya veremos que la diversidad de situaciones en el acceso al aborto depende mucho de las diferentes comunidades autónomas.

La Ley del 2010, si bien vino a garantizar seguridad jurídica, sin embargo, sigue funcionando la objeción de conciencia y sobre todo la objeción profesional. El aborto estigmatiza a las mujeres, pero también estigmatiza a los profesionales. Realizar abortos no suma, sino que resta en el curriculum profesional y, por tanto, los profesionales no están interesados en hacer abortos. Esto lo dice la Ley del 2010, todos los profesionales deben formarse en las técnicas específicas de aborto provocado, sin embargo, la realidad es que todavía ni se ha incorporado como asignatura en ninguna facultad de Medicina ni se ha metido como formación en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, a pesar que ACAI en su momento lo propuso para que se recogiera en la Ley y así se recogió, sin embargo, sigue formando parte de la letra de la ley, pero no de la práctica.

Esto obliga a que la integración en la sanidad pública directa solo sea con técnicas farmacológicas, privando a la mujer de algo que decía al principio, que es básico, y que después verán en todos los estudios que he elegido al respecto que la elección de métodos para una mujer es fundamental para estar satisfecha con su proceso de interrupción de embarazo.

Como decía antes, hay comunidades autónomas que han incorporado el aborto a la sanidad pública directa, Cataluña y Baleares lo hacen en el 2012 y lo van extendiendo, Galicia lo empieza a hacer de forma desigual en una zona y otra, ya que Galicia no es la Consejería la que define la política en interrupción de embarazo, sino que depende de los distritos sanitarios y, por tanto, la diversidad en Galicia es importante. Navarra lo incorpora en el 2017, en realidad un año después de lo que tenía previsto, y la Comunidad Valenciana lo ha aprobado a principios de este año, aunque todavía no se ha aplicado en la práctica.

Como decía antes, en la sanidad pública no concertada solo se ofrecen métodos farmacológicos. En otras comunidades autónomas sí que tienen concertado hasta 14 semanas, como es Cantabria y Asturias, sin embargo, a partir de las 14 semanas en patología materna y en patología fetal solo siguen utilizando las técnicas farmacológicas, y además una cosa muy importante, porque hay mujeres que se quedan fuera, y es que no se acepta el concepto de salud de la OMS, a pesar de estar recogido en el preámbulo de la ley, y algunas de las mujeres que se quedan embarazadas, a más de las 14 semanas tienen que pagar su aborto.

Me parecía también muy importante que sus señorías conocieran qué métodos están validados internacionalmente, a pesar de que les parezca esto que es un poco complejo, que están validados

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 4

internacionalmente para realizar una práctica sanitaria de calidad, desde dos puntos de vista, desde el punto de vista de qué quieren las mujeres y qué prefieren las mujeres y desde el punto de vista de cuáles son las mejores técnicas.

Hasta las 9 semanas podemos considerar que existen dos métodos validados, el farmacológico y el instrumental, validados por la Organización Mundial de la Salud y por todas las guías de práctica clínica, hasta las 15 y 17 semanas el método instrumental es la dilatación y aspiración, a partir de esta semana hasta las 18 y 22 el método indicado es la dilatación y evacuación y a partir de la semana 18 y 22 la inducción o aborto farmacológico tardío, acompañado de finalización instrumental. Todas las guías dicen que los profesionales deben estar formados en todas las técnicas.

Hasta las 9 semanas se usan dos medicamentos, mifepristona y misoprostol, y siempre en dos tiempos, es decir, la mujer tendrá que dedicar como mínimo en el aborto farmacológico precoz dos días a interrumpir el embarazo, el primer día toma la mifepristona y entre 24 y 48 horas después toma el misoprostol, normalmente en su domicilio. En las clínicas les ofrecemos la posibilidad de que lo realicen en su domicilio o que vengan a nuestro centro a realizarlo, según lo que desee la mujer.

El aborto se produce con los siguientes síntomas: sangrado igual o mayor que la regla y dolor y aparecen una serie de efectos secundarios vinculados al tratamiento con misoprostol, que son náuseas, vómitos, diarreas, escalofríos, fiebre, hipotensión, y la mujer siempre debe estar acompañada por si aparece algún síntoma por el cual ella necesite ayuda fuera de ella misma. La eficacia, según la Organización Mundial de la Salud, es del 93 al 98 %, por tanto, siempre se debe informar a la mujer que no es seguro 100 %.

Los métodos instrumentales de dilatación y aspiración se realizan, en primer lugar, una dilatación progresiva del cuello del útero y una vez dilatado se aspira el contenido; se le puede realizar hasta la semana 15 y 17 y hay que hacer preparación cervical previa a partir de la semana 12. Se pueden hacer con anestesia local, general o con sedación; lo más habitual es realizarlo con sedación. Y una cosa muy importante que sí que quiero que ustedes retengan y es que esta técnica dura entre 5 y 10 minutos y la mujer va a estar en la clínica como mucho dos horas. Los síntomas posteriores son sangrado igual o menor a la regla y dolor igual o menor que una regla y la eficacia es del 99 al 100 %.

La técnica de dilatación y evacuación es una técnica, como la dilatación y aspiración, modificada, necesita preparación cervical, se hace con anestesia general y lo más importante es que se resuelve la interrupción del embarazo en media hora y la mujer va a estar en el centro como mucho de cuatro a seis horas. Al día siguiente, cuando se realiza una dilatación o aspiración o una dilatación y evacuación, la mujer se puede incorporar a su vida normal automáticamente, cuando se hace una dilatación y aspiración incluso el mismo día.

El aborto farmacológico tardío o inducción consiste en la expulsión del feto y los anejos con diversos medicamentos, también con mifepristona y misoprostol, como el aborto farmacológico precoz, pero en diferentes dosis. Se utiliza sedación o epidural para que la mujer no sienta dolor y es un proceso que también se realiza en dos tiempos. Sin embargo, si se acompaña de la finalización instrumental, el proceso puede terminar en 5 a 12 horas, y si se hace solo con inducción sin finalización instrumental, el proceso puede durar hasta cinco días, con los cuales la mujer pasará un largo proceso y la dilatación y con la finalización instrumental se reducen los riesgos y, sobre todo, y muy importante para la mujer, el impacto emocional.

Esta es una diapositiva donde comparo ambos métodos para que ustedes se puedan hacer una idea de lo que puede suponer para una mujer que interrumpe un embarazo usar o utilizar una técnica u otra. Si usa las técnicas instrumentales el proceso está acotado y será en un solo día, de 5 a 10 minutos, de media hora o de 5 a 12 horas. Los métodos farmacológicos necesitan como mínimo, al hacerlo en dos tiempos, dos días, y a veces la inducción puede durar hasta cinco días. Además, los tiempos en el aborto instrumental están acotados, en los farmacológicos son tiempos impredecibles, no sabemos cómo los medicamentos van a actuar en el cuerpo de la mujer y, por tanto, es difícil determinar el tiempo que va a durar el proceso. Los abortos instrumentales se hacen con sedación, por eso a la mujer ni le duele y no es consciente del proceso. En el farmacológico, aunque se usen analgésicos, la mujer va a sentir dolor más o menos intenso y va a tener conciencia de todo el momento del aborto, y recuerda a un aborto espontáneo cuando el embarazo es precoz o a un parto cuando el embarazo es tardío. Eso sí, las muestras recogidas por abortos instrumentales no son válidas para hacer necropsia, pero en la actualidad las técnicas genéticas y las técnicas ecográficas hacen un poco innecesario que la mujer tenga que pasar por un proceso tan largo como una inducción para realizar una necropsia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 5

En realidad, preguntadas las mujeres, tienen una mejor percepción global del procedimiento si este ha sido instrumental y una peor percepción del proceso si este ha sido farmacológico, además de que los riesgos son menores cuando el aborto es instrumental si se domina la técnica. En los abortos farmacológicos son más frecuentes la hemorragia, la atonía uterina y como más importante de un proceso que es largo, los efectos psíquicos y emocionales sobre la mujer son mayores.

Visto todo lo anterior, también he tratado de hacer una recopilación de diferentes estudios donde abordan una valoración de las diferentes técnicas, también desde el punto de vista de las mujeres y de las técnicas avaladas internacionalmente.

La guía técnica de la OMS del 2012 dice que contar con distintos métodos es sumamente importante para la mayoría de las mujeres que se someten a un aborto. Según revisión bibliográfica de la Organización Mundial de la Salud que tenía como objetivo comparar la eficacia, los efectos secundarios, los eventos adversos y la aceptación de los métodos instrumentales y los métodos farmacológicos de aborto provocado en el segundo trimestre del embarazo concluye: «Para la inducción del aborto en el segundo trimestre la dilatación y aspiración y la evacuación es superior a los métodos farmacológicos de aborto, sin embargo, para realizar este método de manera segura los médicos necesitan capacitación especializada y práctica constante».

También una revisión bibliográfica realizada en el 2014 por la doctora Patricia Lohr y su equipo y publicada en la revista Clinical Review en el 2014, en la que estudia varios aspectos del aborto, pero sobre todo hace respuesta a una pregunta: ¿Qué método de aborto es preferible?

Algunas mujeres prefieren métodos quirúrgicos porque son rápidos, se pueden realizar con anestesia general y tienen un bajo riesgo de complicaciones, otras prefieren el aborto con medicamentos, ya que no implica la instrumentación quirúrgica o anestésica y se percibe como más natural. Sin embargo, el pequeño número de ensayos aleatorios disponibles encontró que el aborto médico era menos aceptable que el método quirúrgico, debido principalmente a un mayor dolor y prolongado o abundante sangrado, sin embargo, como decía antes, los estudios de cohortes han demostrado que la aceptabilidad y satisfacción con cualquiera de los métodos es mayor cuando las mujeres son capaces de recibir el tipo de aborto que desean. Para concluir, por lo tanto, que se recomienda que los servicios de aborto cuenten con personal sanitario debidamente capacitado y ofrezcan para que sea un aborto de calidad todos los métodos disponibles.

ACAI también realizó un estudio en el 2014, donde participaron 1003 mujeres, a las que les ofrecíamos interrumpir el embarazo con un método o con otro, con un instrumental farmacológico en semanas de embarazo menores de 7, en ellas estudiamos varias variables, pero yo solo les voy a exponer dos, cuántas de estas mujeres eligieron un sistema de interrupción de embarazo u otro y las razones para ello.

El 22 % de las mujeres escogieron el método farmacológico y el 78 % de las mujeres eligieron el método instrumental. Las razones que argumentaron para elegir el método instrumental era que este era más rápido, seguro y menos doloroso y para elegir el farmacológico lo que argumentaron en primer lugar en el 56 % de los casos es que tenían miedo a la intervención.

Sin embargo, a pesar de que las técnicas preferidas por las mujeres cuando son abortos medios o abortos superiores son las técnicas instrumentales y las aconsejadas por la bibliografía y consensuadas internacionalmente, en la integración que se está haciendo de esta práctica sanitaria en la pública no concertada son con los métodos farmacológicos y esta es una gran preocupación en nuestra asociación, que se integre en la sanidad pública solo con métodos farmacológicos supone que esta prestación sanitaria se incorpora de una forma estigmatizada, como una prestación sanitaria de segunda categoría en la sanidad pública. Ya nos sorprendería que en otras prestaciones sanitarias no se consideraran las técnicas más punteras para incorporarlas a la misma, lo cual es curioso que sí ocurra con el aborto. Como decía, tanto en el aborto farmacológico precoz como en el tardío, en las comunidades que se están incorporando a la pública en todo momento se usa solo y exclusivamente el método farmacológico, tanto en el aborto precoz, hasta las 9 semanas, como en los tramos medios del aborto, de la 9 a la 18, como en el aborto tardío, en detrimento de las técnicas instrumentales, tanto de la dilatación y aspiración como de la dilatación y evacuación, como de la finalización instrumental, que antes les comentaba.

¿Y por qué ocurre esto? Nuestra pregunta es: ¿Por qué cuando tenemos grandes profesionales, cuando nuestra sanidad pública es puntera en casi todo, incorpora el aborto como una práctica sanitaria de segunda categoría, de segunda categoría porque no incorpora todas las técnicas, porque solo incorpora una técnica, la técnica farmacológica? Porque el método farmacológico no requiere prácticamente de la intervención, y eso es muy importante, los profesionales no intervienen en un aborto farmacológico, se le

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 6

da la pastilla y la mujer aborta por su cuenta, ni requiere de la formación, la mujer, como digo, realiza el aborto por sí misma, sin implicación de los profesionales ni necesidad de formación y, por tanto, es una técnica aliada de la objeción de conciencia profesional, ya que al no tener que intervenir ni formarse en la IVE, los y las profesionales se muestran menos reticentes a realizarla y, por tanto, les es más fácil porque no exige ni formación ni implicación y, por tanto, el estigma es menor.

Las principales desventajas de generalizar los métodos farmacológicos es que las mujeres, como veíamos antes en los estudios de cohortes que hemos analizado, las técnicas instrumentales son las preferidas por las mujeres, se está privando, se estaría privando o se está privando a las mujeres de un método seguro, más eficaz y con menos efectos secundarios y preferido no solo por razones sanitarias, sino a veces también por razones vitales y personales.

Cuando hablamos del aborto farmacológico precoz, no solo hay que considerar que la mujer debe de elegir por razones sanitarias, sino también por razones personales y vitales. El aborto, cuando lo realizan en su domicilio, a veces no pueden estar acompañadas porque están solas y a veces no tienen un espacio propio porque o bien son menores o bien no tienen un espacio, donde sus espacios son compartidos y por lo cual su privacidad no está conservada.

Se contravienen las recomendaciones de la OMS cuando solo se hacen este tipo de abortos, abortos farmacológicos, porque las guais de práctica clínica de la OMS afirman que todos los profesionales que realizan abortos deben estar formados en todas las técnicas para garantizar en primer lugar la libertad de elección, en segundo, para ofrecer las mejores técnicas y, en tercero, para resolver las complicaciones y el fracaso del método farmacológico, que, como veíamos, tiene un fracaso de un 93 a un 98 %.

El que la técnica que se ofrezca es solo la farmacológica, es seguir manteniendo el estigma sobre el aborto, como decía antes, incorporamos una técnica y no las incorporamos todas, incorporamos técnicas que implican que los profesionales no se tengan que implicar y no integramos las mejores técnicas, con lo cual, se agudiza el estigma que existe sobre el aborto. Además, hay un problema grandísimo, que desde luego a nuestra asociación nos preocupa mucho, y es la ausencia de relevo generacional. Pasarán unos años y los que llevamos 30 años haciendo abortos ya nos habremos jubilado y no habrá nadie formado o formada detrás de nosotras y de nosotros, con lo cual puede ocurrir lo que ha ocurrido en Portugal, en Portugal no se hicieron abortos y la Ley de reforma del aborto se aprueba en el 2007 y la mujer puede elegir abortar hasta la semana 10, no tenían profesionales formados y la mujer tenía que abortar solo por la técnica farmacológica, y así en Portugal el 90 % de los abortos se hacen con esta técnica. El futuro de España no va a ser otro si no se aplica la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y se forma a profesionales en todas las técnicas de aborto.

Las distintas administraciones, como decía antes, Cataluña, Baleares, Galicia, Navarra y la Comunidad Valenciana, han apostado por implementar el aborto en la sanidad pública en diferentes momentos del embarazo, un aborto precoz generalmente, y Cataluña, Baleares y Galicia solo y exclusivamente farmacológico. Navarra apostó por implementar farmacológico e instrumental, pero a día de hoy solo se hace farmacológico y en la Comunidad Valenciana, que todavía no se ha implementado en la sanidad pública, el protocolo que tienen elaborado y publicado en la Consejería de Sanidad solo hace referencia a resolver el tema del aborto por la técnica farmacológica. Esto una vez más, repito, viene motivado porque la resistencia de personal técnico y sanitario a realizar IVEs por el método instrumental, por lo que significa de implicación, porque ni están formados, porque no hay asignatura en las facultades de Medicina en relación al aborto provocado ni en la especialidad, y porque algunas administraciones sanitarias piensan que hacer abortos farmacológicos es más barato, sin embargo, en la realidad no es cierto y nos quedamos en una primera parte y no en una segunda parte, nadie de las comunidades autónomas que realizan abortos farmacológicos tiene contabilizado cuántas mujeres acuden al hospital porque tienen una complicación de un aborto farmacológico y tampoco tienen contabilizado cuántos días está ingresada una mujer cuando se hace un aborto por inducción en las 15 semanas de embarazo. Por tanto, por eso digo que *a priori*, porque en la práctica no hay una valoración de la Administración para justificar que este aborto también salga más barato.

Otra desventaja u otra consecuencia de incorporar sobre las técnicas farmacológicas es que no se utilizan las técnicas más adecuadas, simplemente que integrarlo en lo público es lo más importante, o sea que el discurso es integrémoslo en lo público a ver si esto cambia, pero si integramos en lo público sin tener en cuenta que ahí hay unas dificultades y no formamos los profesionales, el futuro de lo público siempre será lo mismo, técnica farmacológica.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 7

Esta práctica se está generalizando en algunas comunidades como en Cataluña, que empiezan en el 2012, lo hacen con grupos de profesionales muy motivados para hacer esta práctica sanitaria, pero en la medida que se va extendiendo, cada vez se están incorporando, a la fuerza en muchos casos, personal poco motivado y que no desea ser formado y, si no desea ser formado, muchas veces la información que dan al respecto es que el aborto instrumental es muy negativo o que a partir de las 14 semanas la mujer ya no puede abortar. Digo, es interesado, objeción, pero la extensión está yendo en perjuicio de dar por lo menos una información de calidad en esta prestación sanitaria.

Además, el que se haga solo el farmacológico y se haga en espacios comunes hace que no se creen unidades multidisciplinarias, nos encontramos con centros donde en un mismo espacio está la puerpera, el niño que está llorando, está la que ha tenido un aborto voluntario y la que ha tenido un aborto involuntario y mezclar todas esas realidades hace que emocionalmente la mujer que interrumpe el embarazo voluntariamente o por una patología fetal no tenga el mejor entorno para encontrarse bien emocionalmente.

Vuelvo a repetir que la mujer no tiene capacidad de elegir ni tampoco se respeta la confidencialidad ni la intimidad, puesto que las mujeres, cuando tienen una complicación del aborto provocado tienen que ir a hospital de referencia, las personas que le han dado los medicamentos para tomar en su domicilio no se hacen responsables de las complicaciones de los mismos, sino que tendrán que acudir a hospitales, donde su intimidad será vulnerada, porque tendrán que decir las causas y los motivos por los cuales están allí en el servicio de urgencia. Por tanto, el acompañamiento del proceso entendemos que no es el adecuado.

Entendemos que para preservar la calidad de esta prestación la mujer debe ser libre, como decía al principio, de elegir el método más acorde con sus circunstancias sociales, personales, íntimas y sanitarias, que todos los profesionales que intervienen en el proceso deben estar formados en todas las técnicas; así lo dice el consenso internacional y lo dice la OMS. Para hacer esto solo sería necesario cumplir la ley. Que esta práctica sanitaria se debe de realizar en unidades específicas, para que no convivan realidades tan diversas e integradas por profesionales de diferentes especialidades, porque la mujer que interrumpe el embarazo no suele tener una problemática, sino que a veces se le suman otras problemáticas, como una menor que sus padres no están de acuerdo con su aborto, o una mujer maltratada, o una mujer violada, con lo cual es necesario también un buen acompañamiento.

Resulta imprescindible que no se apliquen las técnicas obstétricas, que médicos y médicas tengan en la cabeza que el aborto tiene unas técnicas específicas y que hay que aprenderlas, aprenderlas, y para poder aplicarlas previamente tienen que tener interés en hacerlo, y que de no ser así estaremos retrotrayendo a unas técnicas que convierten el aborto en un proceso menos seguro, doloroso, largo y angustioso para la mujer.

¿Desde ACAI qué nos preocupa? La formación de los profesionales, que el futuro del aborto en nuestro país sea el futuro del aborto farmacológico que no tenga en cuenta los intereses y lo que quieren las mujeres. Siempre hemos ofrecido nuestros centros para formación de profesionales y hemos ofrecido nuestros profesionales para formación de otros profesionales y además pensamos que el modelo seguido en los centros acreditados para IVE durante estos 30 años debería ser el modelo para copiar en el Sistema Público de Salud.

Y esta sí es mi última diapositiva.

La Ley se aprobó y poco de la Ley se desarrolló, la Ley se metió en un cajón y ahí se quedó, y no solo eso, en algunos aspectos se retrocedió, en dos fundamentalmente: en que el acceso universal a la anticoncepción no está garantizado y se retiraron anticonceptivos que estaban financiados y pasaron a no estar financiados, la asignatura de reproducción y salud sexual y reproductiva en todos los niveles educativos quedó en el tintero, que son medidas fundamentales si queremos que disminuyan los abortos, lo que queremos es que funcione la prevención para que disminuya sobre todo el embarazo no deseado y la prevención y dotar el capítulo 1 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de dinero y de contenido es fundamental.

Revisar el periodo de reflexión de tres días. Yo creo que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva resuelve muy bien, si se lleva a la práctica y se desarrolla, resuelve muy bien el tema del aborto en nuestro país, lo que pasa es que falta que se desarrolle y se lleve a la práctica. Los tres días de reflexión se pusieron en la Ley un poco injustificadamente y por nuestra experiencia y por lo que dice la bibliografía internacional, cuando una mujer ha decidido interrumpir el embarazo, tenerla tres días esperando solo trae sufrimiento y malos momentos, por tanto, creemos que está injustificado el mantener los tres días de reflexión en la ley, cuando una mujer toma esa decisión, cuanto antes lo resuelva mejor, tanto física como emocionalmente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 8

El tema de las mujeres de 16 años, realmente, después de querer arremeter tanto contra los derechos sexuales y reproductivos por parte del Partido Popular y querer cambiar la Ley, Gallardón quería dejarnos solo con no sé qué, lo único que hizo en septiembre del 2015 fue quitarles a las mujeres de 16 y 17 años el derecho a decidir sobre su maternidad, aunque ya había un requisito que tenía la Ley y era que las mujeres de 16 y 17 años tenían que informar, aunque sí podían decidir. Creemos que la experiencia dice que las mujeres de 16 y 17 años tienen capacidad para poder decidir sobre su maternidad y que habría que terminar con esta limitación para esas mujeres.

Y, por último, o penúltimo, el regular la objeción de conciencia, porque está ocurriendo, como cada comunidad autónoma está haciendo regulaciones de conciencia un poco a la carta y un poco para intentar resolver que el aborto se haga en la pública, como está ocurriendo en Navarra, o sea, en Navarra la objeción de conciencia funciona de manera que sí que se estigmatiza el aborto. ¿A qué práctica sanitaria un médico puede objetar? Pues en Navarra se puede objetar a qué tipo de técnica voy a utilizar, o sea, se puede objetar a hacer farmacológico o a hacer instrumental, y también se puede objetar a qué tipo de aborto, si es por derecho de la mujer o por patología fetal. Así, nos encontramos que el 82 % de los profesionales en Navarra objetan, cuando el aborto es decisión de la mujer, y el 18 % son los únicos que no objetan a nada. El hacer una objeción a la carta lo que viene es a estigmatizar más esta prestación sanitaria. Realmente hacía falta que ahí se hiciera una regulación que desarrollara eso que dice la Ley, que solo se puede objetar aquellos que intervienen directamente en el proceso de IVE, pero no a un tipo u otro, o sea, de eso no dice nada la Ley.

Y, por último, a lo largo de muchos años, donde los grupos antielección han ido contra los centros acreditados de IVE de diferentes maneras, o sea, rezos en la puerta, o sea, pintadas, hemos sido objeto y blanco de estos grupos históricamente los centros de IVE, en los tiempos donde la Ley era más ambigua nos denunciaban en los tribunales, bueno, hubo una crisis gorda en el 2007, con Isadora, o cerraron unas clínicas en Barcelona a consecuencia de la denuncia de estos grupos antielección o antiderechos, que siguen y siguen y podemos decir que en 15 o 20 clínicas cada día cuando vamos a trabajar nos encontramos en la puerta de los centros siempre menos de 20 personas, porque más de 20 personas sí que lo considerarían una concentración y no tienen permiso, que increpan a los profesionales, a las mujeres, diariamente, con lo cual, hemos pedido a ayuntamientos, a muchísimas instituciones políticas que esta situación es inconcebible en cualquier otra realidad, si yo me planto en la puerta de una catedral todos los días e insulto a los que entran y a los que salen seguro que no me van a dejar ahí, aunque sean cinco. Creo que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva dice que la mujer debe de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo con libertad y con intimidad y no podemos considerar que la libertad de expresión de estas personas está por encima del derecho de la mujer a decidir con tranquilidad y a hacer un aborto con tranquilidad, tampoco los profesionales nos merecemos esto.

Y yo ahí he puesto algo, en Europa, y así hemos ofrecido, hemos ofrecido muchos modelos, sobre todo a los ayuntamientos, de legislaciones municipales en Austria, en Alemania, donde regulaban el acceso en libertad a las mujeres a esta prestación sanitaria, pero lo más puntero en este sentido es la Ley francesa, que aprueban en marzo de 2017, donde se penaliza esta actividad, donde aquellas personas que en concentración directamente o indirectamente, con informaciones sesgadas sobre la práctica sanitaria del aborto provocado tendrán multas y también podrán ser encarcelados. Les invito a que consideren la posibilidad de que esto que ocurre a diario en los centros acreditados para IVE, y no solo a los centros, a los profesionales y a las profesionales y también a ACAI y a las clínicas, o sea, si damos una información, hay muchos frentes abiertos en contra de las clínicas por parte de estos grupos antiderechos, que no lo han conseguido en la ilegalidad, pero sí que quieren conseguirlo con conductas fuera de la legalidad, y lo pueden hacer porque encuentran de alguna manera interlocutores en algunas instituciones.

Aquí finalizo. Muchas gracias por haber hecho posible esta comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora García, por su intervención.

Es turno ahora para los distintos grupos parlamentarios. En primer lugar, teniendo en cuenta la representación de los grupos que están presentes, le toca el turno de palabra por un tiempo de cinco minutos al Grupo Parlamentario Ciudadanos. Señora Salmerón.

La señora **MILLÁN SALMERÓN**: Gracias, presidenta.

En primer lugar, quería darle las gracias por asistir a esta Comisión, su comparecencia ha sido interesante, didáctica, ilustrativa, por lo que ha sido muy útil, muy positiva para los trabajos que en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 9

esta Comisión tenemos que realizar. Y, como digo, ha sido tan didáctica que prácticamente mis preguntas están contestadas.

Le iba a preguntar cómo evalúa la normativa en materia del aborto. Y ha dicho usted que hay que poner en práctica y dotar de presupuesto, revisar el periodo de tres días de reflexión, regular la mayoría de edad, etcétera.

También le iba a preguntar qué considera que debe modificarse, algún elemento más en concreto.

Por lo que también le quería preguntar que más que una modificación normativa, que le acabo de decir, sería que se aplique por igual tanto en la sanidad pública como en la privada, lo que nos ha puesto de manifiesto es la gran diferencia que existe entre una y otra, así que cómo valoraba el apoyo que presta a las ciudadanas la sanidad pública. Por lo que hemos podido ver, es escaso, donde solo se aplica una técnica, que además se realiza con métodos farmacológicos y se priva a la mujer de un método seguro realmente.

Y la última pregunta que le iba a hacer era qué elementos de mejora introduciría. Entiendo que, por lo que ha explicado, serían técnicas donde los profesionales se impliquen, como sería la técnica quirúrgica.

Y también la profesión, también ha hecho mucho hincapié en la formación a los profesionales, porque vamos avocados a la falta de relevo generacional.

Y, sin más, nada más. Si me puede concretar o centrar en alguno de estos puntos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría.

Antes de continuar con el turno de intervenciones, quería plantearles a los grupos parlamentarios, porque me comentaba, en este caso a través de señas, porque no lo hemos hablado *viva voce*, la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que teniendo en cuenta que han sido ellos quienes han pedido esta comparecencia, si habría algún inconveniente en que interviniera en primer lugar. Yo apliqué miméticamente el mismo orden de menor a mayor que la comparecencia de esta mañana y no me di cuenta. Pero, en todo caso, si quiere intervenir ahora. Seguimos el orden. Gracias, señoría.

Es entonces ahora el turno para el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, señora Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ CASTAÑÓN**: Gracias, presidenta. Seré breve y así doy paso para el grupo que de hecho ha solicitado la comparecencia, no sin antes agradecer muchísimo las explicaciones y es verdad que algunas de estas cuestiones de hecho nuestro grupo parlamentario las conocía.

Sobre estas es donde, con un par de preguntas en realidad, quisiera incidir dentro de una explicación, que creo que ha sido extensa y que además disponemos también de ella mucho más en detalle. Tiene que ver con los estudios respecto al aborto farmacológico, concretamente qué tipo de datos y qué tipo de indicadores consideran que sería interesante que desde la Administración, desde las Administraciones Públicas se recogieran para poder conocer mejor y así informar de una manera mucho más completa y que puedan elegir con mayor libertad las mujeres que van a pasar por la interrupción voluntaria del embarazo, qué tipo de método, qué técnica, si una instrumental o una farmacológica, quieren seguir.

Me llamaba la atención que usted misma lo que relataba es que no sabemos luego cuál es el coste que tiene respecto a las consecuencias que puede tener el aborto farmacológico, por lo tanto, si han pensado o si tienen una posible batería de indicadores que nos pudiesen ser útiles a la hora de realizar estudios en profundidad para conocer cuáles son también los efectos, las posibles ventajas, si las hubiera, más allá de las que ha argumentado, por las que se ve que pueden estar optando en muchos centros por tirar por el aborto farmacológico.

La otra pregunta tiene que ver con la situación de acoso que se está sufriendo en las clínicas y que quizás una, que es asturiana, no ve tanto que esté pasando en mi territorio, en mi país, pero sí sabemos que está sucediendo en otras partes del territorio español. Ahí quería conocer un poco más en profundidad, aunque viene mencionado cuál podría ser el encaje o qué cuestiones consideran más beneficiosas acerca de la normativa francesa, y si nos puede ampliar un poco más eso, es decir, cómo podría ayudarnos también esa normativa para frenar la situación de acoso o si incluso hay otras herramientas de ámbito legislativo y de políticas públicas que encuentran también que podrían ser interesantes para que no se estén dando estas situaciones en la puerta de las clínicas, como se están dando, que de hecho esto viene pasando desde hace ya tiempo y hace ya prácticamente un año que estábamos hablando de ello y mucho más que ocurre y que nos parecen profundamente alarmantes a la hora de estar hablando de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Y, nada, muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 10

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Fernández.
Es ahora el turno para el Grupo Parlamentario Socialista, señora Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Gracias, presidenta.

Muchas gracias por toda la información que nos ha facilitado. Y a mí me gustaría hacerle algunas preguntas, pero previamente alguna consideración respecto a alguno de los datos que ha dado y quiero que me confirme que lo he entendido bien porque los datos que ha dado a mí me dejan desconcertada respecto de qué es lo que está ocurriendo en este país en materia de interrupción voluntaria del embarazo.

Usted nos habla de dos métodos, el farmacológico y el instrumental, y nos ha dado información detallada de cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos y, sin embargo, a modo de resumen con la información que nos facilita nos dice que el dolor en la expulsión es menor en la intervención instrumental, que la intensidad del dolor es menor en la intervención instrumental, que el dolor en los días posteriores es menor en la intervención instrumental, y así vamos viendo, bueno, las complicaciones en general entre el farmacológico y el instrumental, estamos hablando del 50 % en el farmacológico y el 0,50 en el instrumental, es decir, cada uno de los indicadores que usted nos ha facilitado lo que nos está diciendo es que el farmacológico tiene muchos más inconvenientes que el instrumental, pero que, sin embargo, las Administraciones Públicas están teniendo la tendencia de favorecer el farmacológico frente al instrumental. Me atrevería a decir que esta sería una de las cuestiones que ha planteado aquí. Y la pregunta que yo le tengo que hacer de manera inmediata es qué es lo que hay detrás de que esto ocurra.

Y la primera pregunta que le tengo que hacer es: cuando una mujer va a un hospital público, y usted ha dado algunas comunidades autónomas, yo tengo datos muy claros, porque empezó a ser muy evidente en los primeros años de que por ejemplo en Cataluña el número de abortos que se hacen en la pública aumentó de manera exponencial, la pregunta que le hago es: ¿a las mujeres se les está informando de estas consecuencias del aborto farmacológico? Primero. Segundo, ¿a las mujeres se les da la opción de elegir entre uno y otro método cuando van a hospitales públicos en los que se hace la interrupción voluntaria del embarazo? Esa es la segunda de las preguntas y sobre todo la más importante, porque, claro, lo que usted viene a plantear aquí esta tarde, si es como he querido entender, es que en aquellos hospitales que están optando por hacer los abortos en su espacio, sin contar con convenios para que se hagan en lo que hemos conocido siempre como las clínicas de interrupción voluntaria del embarazo, que suelen ser, usted los ha llamado como centros públicos concertados, la cuestión es: ¿las mujeres son informadas o a las mujeres se les dice, y permítame la expresión, «esto es lo que hay»? Porque si las mujeres no son bien informadas y a las mujeres se les plantea «esto es lo que hay», lo que usted está contando aquí esta tarde es que estamos atentando contra el derecho de libre elección de las mujeres y estaríamos incluso atentando contra otro derecho que tienen todos los pacientes, que es a tener una información detallada sobre todos los métodos para que puedan elegir. Y, claro, esto que usted está planteando entonces aquí esta tarde es muy grave, porque estamos hablando de vulneración de derechos que están reconocidos en las leyes. Entonces, le rogaría que, por favor, me explique usted con detalle esta cuestión porque los datos no explican la tendencia.

Y entonces, como a mí me han enseñado desde pequeña que si quieres saber algo sigue el dinero, le voy a hacer otra pregunta, que tiene que ver con, en la medida de lo posible, ¿a los centros públicos esto les resulta más económico? ¿Les resulta más económico a costa de los malestares que genera el aborto farmacológico a las mujeres? Esa es la siguiente pregunta que le tengo que hacer. Es decir, ¿la comparativa entre lo que cuesta un aborto quirúrgico y lo que cuesta un aborto farmacológico la van a pagar las mujeres con malestares o incluso con su salud? Esa es la siguiente pregunta que tengo que hacerle.

Claro, usted nos plantea otra cuestión y es que el aborto farmacológico no necesita contar con profesionales que tengan una especialización en la materia y, por tanto, no tendríamos necesidad de dar cumplimiento a algunos artículos de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, que exigen precisamente esta formación en lo que es la formación curricular de la gente que estudia Medicina. La pregunta que le hago es: ¿Conoce que alguna facultad de Medicina haya iniciado los procedimientos para dar cumplimiento a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en materia de formación de profesionales?

Y, finalmente, le voy a hacer una última pregunta con relación a lo que nos está planteando del acoso. En este país, no solamente en este país, la verdad es que está ocurriendo en toda Europa y América Latina lo conocemos también muy bien, por la cercanía que tenemos, hay una estructura organizada de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 11

acoso a las mujeres que ejercen el derecho y a los profesionales que las asisten para que puedan ejercer ese derecho.

Y aquí no ha ocurrido nada, bueno, sí, han ocurrido algunas cosas, ha ocurrido por ejemplo que el Ministerio del Interior le quita la utilidad pública a organizaciones que garantizan la seguridad y la salud de las mujeres y, sin embargo, se la da a los acosadores. Y nos habla usted de la ley francesa. Quiero manifestarle que el Grupo Socialista y por supuesto el Gobierno la conoce, que este grupo ya ha dado traslado al Gobierno de las informaciones, bueno, de las soluciones digamos, que Francia ha puesto encima de la mesa para evitar este acoso porque, efectivamente, lo que está ocurriendo en este país es intolerable, no podemos seguir permitiendo que colectivos organizados acosen sistemáticamente a mujeres que libremente ejercen un derecho que tienen reconocido en las leyes y, por tanto, es evidente que tendremos que dar pasos.

Desgraciadamente, y voy terminando, presidenta, la que conocemos como la Ley del aborto, recoge muchísimos más asuntos que la interrupción voluntaria del embarazo, como usted bien conoce. Desgraciadamente, en este país hemos tenido un periodo de sequía en lo que afecta a las libertades y los derechos de las mujeres, intentaremos recomponer esa situación. Y solamente manifestarle, como le decía, que el Grupo Parlamentario ya ha dado traslado al Gobierno de la información referida a la normativa francesa sobre acoso antielección, que desde luego esta diputada le manifiesta que la valora personalmente como una muy buena iniciativa y desde luego haremos todo lo que podamos para ver si podemos avanzar en una legislación similar.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría.

Turno ahora para el Grupo Parlamentario Popular. Señora Cabezas.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías. Bienvenida, señora García. Agradecemos desde mi Grupo Parlamentario del Partido Popular su comparecencia esta tarde en el Congreso en esta Comisión de Igualdad.

He leído que tienen ustedes una larga trayectoria, comenzaron en el año 1997 y están ustedes en 18 ciudades de todo el territorio español y dan a conocer el trabajo de profesionales del ámbito de la salud sexual, reproductiva e integral de las mujeres. He escuchado con muchísima atención su comparecencia ante un asunto como este y pienso como usted, señora García, creo que el mejor método es la prevención y la información para evitar un embarazo no deseado. Ante el hecho de un aborto las mujeres deben estar garantizada tanto su salud y preservar su integridad, las mujeres somos conscientes que una decisión de tal calibre no es fácil, es más, creo sinceramente que debe de ser muy difícil de tomar una decisión sin contar con el apoyo fundamental tanto de la familia como de los profesionales sanitarios y de los poderes públicos.

Señora García, señorías, se ha dicho muy poco esta tarde de la Ley 2010 y a mí me gustaría hacer algunas reflexiones que son importantes y que lo contienen en ella. La Ley del 2010, la interrupción voluntaria del embarazo se debe de garantizar en unas condiciones seguras y con el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la interrupción, se debe de realizar por un médico especialista o bajo su dirección, en un centro sanitario público o acreditado, según establece la citada ley. Asimismo, las mujeres que manifiestan su intención de interrupción voluntaria del embarazo recibirán información al respecto sobre los métodos, condiciones y los centros públicos y acreditados, es decir, las comunidades autónomas tienen las competencias sanitarias, tienen las competencias para asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo, sin olvidar que los profesionales sanitarios implicados tienen derecho a su objeción de conciencia.

En cuanto a la formación de los profesionales en salud sexual y salud reproductiva, la citada ley también incluye la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, quiero hacer referencia a que la propia ley establece que cuando una mujer opta por la interrupción voluntaria del embarazo, debe de recibir además un sobre cerrado con la siguiente información: ayudas públicas para las mujeres embarazadas, cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto, los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad, ayudas para el cuidado de los hijos, ayudas al nacimiento y ayudas fiscales, datos sobre los centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro y datos sobre los centros donde la mujer puede recibir voluntariamente asesoramiento antes de decidir sobre la interrupción del embarazo. Esta información debe de ser entregada en cualquier centro sanitario público o cualquier centro

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 12

acreditado concertado para la interrupción voluntaria del embarazo, además, la ley establece que en todos los supuestos se debe de informar a la mujer de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la progresión del embarazo o la interrupción del mismo. Esto es cumplir con la ley.

Con lo cual, señora García, me gustaría hacerle una serie de preguntas y que nos aclarase también, porque ha dicho usted, ha hecho muchas peticiones quizás, pero me gustaría que me concretara cuáles son las que usted considera más importantes y que necesitamos quizás tomar más en cuenta. Pero también me gustaría que una vez que estas mujeres reciben esta información en ese sobre cerrado, cuántas mujeres deciden seguir hacia adelante con el embarazo y cuántas deciden una vez que obtienen toda la información interrumpirlo. De ese porcentaje también me gustaría saber sobre nuestras adolescentes, las menores de edad, cuántas deciden seguir con el embarazo y una vez que obtienen esa información en ese sobre cerrado, cuántas deciden que se interrumpa ese embarazo.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señoría.

Tiene ahora la palabra para contestar a las distintas cuestiones que han planteado los grupos parlamentarios la compareciente, señora García. Cuando usted quiera.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Espero haberme quedado con todas las preguntas que sus señorías me han hecho.

Por tanto, empezaría por Unidos Podemos, que ha hecho la..., bueno, en realidad no sé Ciudadanos qué pregunta en concreto me ha hecho, yo entiendo que más que nada ha hecho un intercambio de opinión...

La señora **MILLÁN SALMERÓN**: Simplemente era... realmente que esos eran los elementos...

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Yo creo que usted ha hecho un buen resumen de lo que yo he hecho en mi exposición.

En relación a lo que decía Unidos Podemos, que no está la portavoz, qué indicadores serían necesarios, pues creo que los indicadores que serían necesarios para poder evaluar mejor las complicaciones del aborto farmacológico precoz sería que los hospitales públicos que atienden a mujeres tuvieran un apartado, y así lo hemos estado reivindicando las diferentes comunidades autónomas, yo pertenezco a Andalucía, y en Andalucía, donde dijera que hubiera un apartado que recogiera que acude al hospital por dolor secundario, bueno, por alguna complicación vinculada al aborto farmacológico precoz. Entiendo que usted me ha hecho esa pregunta, que qué indicadores. Y luego hay una cosa que habría que cambiar de los datos que recoge el Ministerio, es difícil conocer a partir de la plantilla del Ministerio si habría que entrar más a ver en lo concreto cuánto se hace de aborto farmacológico y cuánto se hace de aborto instrumental puesto que, si ustedes lo han observado alguna vez, viene mifepristona y viene misoprostol como dos conceptos separados, cuando eso forma parte de un mismo concepto, digo que al aborto provocado como por ejemplo esa. Y luego, es muy importante para conocer las complicaciones, no solo las que nosotros recogemos en nuestros centros, sino que se hiciera extensivo a las complicaciones que se recogen en los centros públicos y conocer por tanto cuál es el fracaso de este aborto farmacológico precoz.

En relación a lo que plantea el Grupo Socialista, bueno, con el tema del acoso en las clínicas, os hemos entregado un papel al respecto donde vienen recogidas, es que hay un montón de normativas que sería muy difícil citar de memoria, en Austria, Alemania, lo de la ley francesa, y mientras tanto nosotros hemos trabajado mucho con algunos ayuntamientos, pero tienen que tener voluntad política para mientras tanto que se hace una reforma legislativa, como planteaba el apoyo del Partido Socialista, algo más general y que competa a todas las comunidades autónomas trabajar un poco con los ayuntamientos para que sus normativas locales, que hablan de ese tipo de cosas, de ocupar las aceras, cosas de ese tipo tan básico y que no entran en lo general, pueda ser útil como una cosa a corto plazo para poder solventar una situación tan compleja y tan difícil para las mujeres y para los profesionales. Pero, bueno, que lo más importante sería lo de hacer una normativa a nivel general.

Y luego, con respecto a lo que planteaba el Grupo Socialista, lo que yo he venido a plantear es cómo se ha incorporado a la pública fundamentalmente y en qué comunidades y se ha incorporado solo aborto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 13

farmacológico precoz y ya está, no se ha incorporado otra técnica, y no estoy diciendo nada que no sea lo cierto, en esas comunidades, y lo demás sigue estando concertado. La única técnica que han incorporado y que están haciendo en la sanidad pública es la técnica farmacológica precoz, hasta la semana nueve.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: El 80 % de los abortos.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): El 70 % de los abortos. Pero no le ofrecen a la mujer el instrumental porque no lo realizan, el instrumental está concertado, por tanto, la integración que se ha hecho ha sido solo con un método, en algunos centros, en otras comunidades, como Asturias o Cantabria, se realiza a partir de las 14 semanas en centros públicos, en patologías fetales y patologías maternas y solo se utiliza la inducción desde el primer momento. O sea, lo que yo vengo a decir aquí es que es necesario y para nosotros es fundamental que lo que dice la ley se aplique, o sea, que los profesionales que realicen abortos estén formados en todas las técnicas, primero, para que la mujer pueda elegir, porque hasta las 9 semanas los dos métodos están validados, pero a partir de las 9 semanas el instrumental está por encima del farmacológico, y no lo digo desde ACAI, lo dicen todas las guías de práctica clínica, es lo que yo he venido a decir en mi exposición, hasta las 9 semanas podrían utilizarse los dos métodos y que con una información correcta la mujer tendría que decidir por qué método se inclina, por uno o por otro, aunque los estudios dicen que las mujeres prefieren el instrumental, pero da lo mismo, hay que ofrecerles los dos, la mujer es la que tiene que decidir hasta las 9 semanas.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Perdona, presidenta, ¿le puedo hacer una pregunta? Si no tiene inconveniente la Presidencia y la ponente.

La señora **PRESIDENTA**: Sí, yo no tengo ningún inconveniente.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: ¿Usted diría entonces que lo que está ocurriendo es que los que se están haciendo en la pública se está imponiendo uno de los métodos?

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): No, no, no.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Si no se le ofrece el segundo, ¿no utilizaría la palabra imposición?

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Imposición no, estoy pensando que solo le ofrecen ese, lo demás está concertado. Podemos pensar que la mujer viene, yo le ofrezco los dos en las mismas circunstancias. Es muy desigual, es decir, primero, es muy desigual como puedo decir que ocurre en algunos centros de Galicia, porque tú imagínate que el tema del aborto en cada comunidad autónoma no funciona con la consejería, o sea que es tan complicado como decirte en Lugo hacen una cosa y en Orense hacen otra, con lo cual, me estás pidiendo una información tan..., te puedo decir que en Lugo estaban haciendo abortos farmacológicos hasta la semana 14, hasta que se dieron cuenta que creaban graves problemas y tenían graves complicaciones en los hospitales y dieron marcha atrás, pero solo hacían farmacológicos. En Cataluña en origen ofrecían solo farmacológico en la pública...

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Sí, pero la pregunta, o sea, el detalle que quiero conocer es...

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): La integración se ha hecho exclusivamente en la pública con el farmacológico.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Vale, de acuerdo. Pero, ¿les ofrecen a las mujeres el otro método, aunque lo hagan fuera del hospital o lo que se comunica a las mujeres y de lo que se informa es de lo que se hace en el hospital? Es que esa es la cuestión clave para nosotros.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Es que es diverso, señorita, es diverso, o sea, no podemos decir... Lo correcto sería que esa mujer, es decir, «aquí solo hacemos farmacológico, pero está concertado el otro», eso sería lo correcto, pero es desigual, no ocurre, eso sería lo correcto, pero no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 14

ocurre por igual en todos los sitios, depende de la ideología que tenga o lo que piense del aborto el que lo está haciendo, el que va a hacer que eso ocurra de una manera u ocurra de otra.

Bueno, y luego no sé si hay más cosas que no le he resuelto.

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Sí, bueno, esa era la cuestión fundamental. Le había preguntado también por la cuestión económica, es decir, qué le supone a la Administración Pública uno y otro método.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Es que eso, o sea, en un momento determinado la Cámara de Comercio de Navarra hizo un estudio al respecto y no había diferencias, lo que pasa es que se comparaba hacer las técnicas instrumentales, no se comparaba en las técnicas farmacológicas, entonces, no hay una medición al respecto y, como le contestaba antes a la representante de Unidos Podemos, como no están valoradas las complicaciones ni lo que vale el ingreso y todo esto, no puedo contestar a esta pregunta, desconozco si realmente es más económico o no es más económico, no lo sé, en principio se piensa que sí, pero en la práctica estaría por ver si se recogiera todo aquello que es necesario para hacer esa valoración.

Y, por último, agradecer al Partido Socialista esa apuesta que ha hecho por el tema de la ley francesa como una alternativa de mirar para que los grupos antielección y antiderecho dejen de acosar a profesionales y a mujeres.

La señora **PRESIDENTA**: Te falta el Partido Popular.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Es que me ha hecho dos preguntas de las cuales..., yo no sé qué número de mujeres una vez que han acudido a los centros de información, que no son nuestros centros, cada comunidad autónoma tiene unos centros de información, en Andalucía se hace en todos los centros de salud, en la Comunidad de Madrid se hace en Sagasta, digo que no somos los centros especializados en IVE los que damos la información a la mujer habitualmente, sino, como existen conciertos. En Andalucía, experiencia que yo conozco con más cercanía, es el médico o médica del centro de salud el que le da la carta informativa y a partir de ahí con esa información la mujer ya decide. Yo ese dato lo desconozco, en ACAI lo desconocemos, tanto las mayores como las menores de 16 o 18 años, eso sería una cosa, no sé, tendría que ser una cosa dependiendo de los médicos que deriva o de las medicas que derivan, o de los centros como Madrid, de Sagasta, que derivan, no depende de los centros que hacemos interrupciones del embarazo.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Le hacía la pregunta, porque yo también soy andaluza, le hacía la pregunta porque sería interesante conocer esos datos para ver un poco, digamos calibrar un poco si esa información hace de cambiar de opinión en algún momento a la mujer que en principio lo lleva como un problema y...

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Mi experiencia es que no.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: ¿Que no?

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Mi experiencia es que no, esa información no va a cambiar la opinión de la mujer, o sea, primero porque... Si acaso podría cambiar algo es porque sea..., o sea, el motivo por el que interrumpe el embarazo sea económico, generalmente no es la razón, o no es una razón única, es una suma de razones y realmente las ayudas a la maternidad son muy pocas y luego el tema de lo que significa para una mujer el tener un hijo o una hija. O sea que en ese sentido creo que la información que se da en esos sobres y las ayudas a la maternidad son bastante pequeñas y, por tanto, esos sobres tienen muy poca utilidad para que la mujer cambie de opinión, incluso yo lo decía en la última diapositiva, hay mucha evidencia científica, hay muchos estudios realizados que cuando una mujer ha pensado interrumpir el embarazo lo ha pensado y lo ha pensado porque ve que ya tiene dos hijos y no quiere tener más, que tiene una edad que ya no le entra, o sea que ya tiene muchas razones por las que ella decide interrumpir el embarazo y por mucho sobre, por mucho periodo de reflexión que le demos no va a cambiar de opinión.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 15

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Yo pensé que ustedes tenían algún estudio, pero vamos, también le puedo asegurar que ha habido un cambio de opinión, para lo bueno y para lo malo, pero lo ha habido.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): No, no, no, si a mí realmente excepcionalmente alguna mujer que acude a nuestro centro, cuando tiene dudas le decimos que se vaya y se lo piense, pero son minorías, te digo que son minorías, o sea, cuando una mujer ha ido ya está, pero que en ese sentido a mí me parece que es muy respetable que una mujer decida una cosa o decida la contraria, pero que eso es muy difícil de determinar a no ser que lo hagan, digo que hay tanta diversidad de derivaciones que tal vez cada comunidad autónoma, en Andalucía, en los centros de salud, en la Comunidad de Madrid en Sagasta, que ellos serían los únicos que podrían manejar datos de cuántas mujeres dan información. Y luego también eso es muy difícil porque cómo les devuelves si han ido o no, porque la información está bajo..., o sea, tenemos códigos, el médico o la médica le da la información, el médico o médica ese no sabe si esa mujer ha ido a abortar o no, porque yo ya he codificado ese dato y esa información no sale del centro, por lo cual, me parece... Lo que sí se puede saber es cómo evolucionan los datos en relación a la cantidad de abortos que se hacen, cuántas mujeres son madres, esos dos sí los conocemos, pero el dato que usted plantea sería muy difícil de conocer, aparte que no sé yo tampoco, no sé, pero bueno, que yo le diría es imposible.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Sobre la segunda pregunta, me gustaría que me hiciera una valoración un poquito más resumida, porque durante la comparecencia ha hecho como muchas peticiones, pero que me concretara un poco más lo que planteaba esta tarde aquí.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Yo lo que planteo es que la prestación sanitaria del aborto provocado tiene que ser una prestación sanitaria de calidad, y eso quiere decir que los profesionales que realizan abortos tienen que estar formados en todas las técnicas, en cualquier espacio que se haga, público, privado, concertado, da igual, los profesionales para ofrecer un aborto de calidad tienen que estar formados en todas las técnicas, y no solo en todas las técnicas de IVE, sino también en una cosa que es muy importante en el aborto provocado, y es realizar un buen acompañamiento, la mujer no se puede sentir juzgada, la mujer tiene que sentir que tú apoyas su decisión, que tú apoyas los elementos en los que ella se ha basado para tomar esa decisión y eso es fundamental, o sea, una buena técnica y un buen acompañamiento, y entiendo que los profesionales que realizan abortos tienen que juntar los dos elementos.

El resumen de mi charla es que el futuro de la interrupción voluntaria del embarazo como prestación de calidad puede estar en entredicho si no se avanza en aplicar la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en lo que respecta a la formación de los profesionales, tanto en la carrera de Medicina como en la de trabajador social como en la de Enfermería y también en especialización, eso es lo básico de lo que yo he venido a decir aquí. Y al mismo tiempo que entendemos que una de las cosas importantes para que esto ocurra así y que los profesionales no quieran formarse es el estigma y, por tanto, hay que luchar fehacientemente en contra del estigma y luchar en contra del estigma es no apoyar a todos aquellos grupos antiderechos, que con sus prácticas de ponerse en contra del derecho a la mujer a decidir sobre su maternidad siguen estigmatizando esta práctica sanitaria.

Luego son cambios, o sea, el tema de la prevención es fundamental y en el tema de la prevención la educación brilla por su ausencia, o sea que está recogido en la ley. Yo en realidad no estoy pidiendo más que se cumpla y que se desarrolle la Ley de Salud Sexual y Reproductiva del 2010, que creo que tiene unos aspectos preventivos muy importantes y que tiene unos aspectos de cómo resuelve el tema de la prestación sanitaria del aborto provocado que creo que es adecuada. Por tanto, desde mi punto de vista solo bastaría con que se cumpliera en su totalidad y que se cambiara lo que decía, tres cosas, lo de las mujeres de 16 y de 17 años, lo del periodo de reflexión de tres días y que se regulara la objeción de conciencia y que se hiciera una ley general en contra de los grupos antiderechos y antielección.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Está previsto en la orden del día un turno de réplica para los distintos grupos parlamentarios. Lo someto a su consideración. Quien desee hacer uso de la réplica, por supuesto. Creo que no. Sí.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 16

La señora **ÁLVAREZ ÁLVAREZ**: Yo quiero aprovechar simplemente para dar las gracias, no solo por la comparecencia, sino por el trabajo que venís desarrollando, no ahora, sino desde hace muchas décadas porque al fin y al cabo habéis sido los profesionales en este país que habéis garantizado que las mujeres puedan ejercer un derecho. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría.
¿Sí?

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Agradecemos este segundo turno.

Estoy de acuerdo con usted, señora García, yo creo que la información y la prevención es fundamental, por eso tendremos que seguir trabajando cada uno en su comunidad autónoma sobre este asunto, puesto que todas las competencias sanitarias están en las distintas comunidades.

Y sobre la objeción de conciencia es lo que también me gustaría preguntarle, ¿cómo se regula? Porque es complicada la pregunta que usted nos hace, o la petición que usted nos hace ante la objeción de conciencia, que es un derecho.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): No soy jurista, pero, no, no, no, yo no estoy diciendo que no se objete, yo lo que estoy diciendo es que se regule en el sentido que dice la ley, la ley es precisa, nuestra ley es precisa en ese sentido y dice que objeten aquellos y aquellas personas que vayan a practicar directamente o a intervenir directamente en el proceso del aborto, ni antes ni mientras ni después, ni a técnicas ni..., o sea que es precisa en ese sentido. Yo no soy jurista, soy médica y, por tanto, difícilmente yo le puedo definir hasta dónde, yo lo que quiero es que la ley... La Ley del 2010 dice que solo deben de ser objetores aquellas personas implicadas directamente en el proceso de aborto y eso se tiene que desarrollar y definirlo de esa manera para que no ocurran cosas como las que están ocurriendo en algunas comunidades autónomas, esa objeción a la carta, esa objeción a técnicas, esa objeción al artículo 14 o al artículo 15, a que sea por decisión de la mujer o a que sea por patología fetal o por patología materna, la objeción debe ser única y una, es decir, yo objeto al aborto en general o no objeto, pero no puede ser esa objeción a la carta y la ley dice, y es precisa en ese sentido, lo que yo no soy es jurista y puedo decirle más allá de lo que dice la Ley del 2010, que yo creo que lo que nos hace falta está definido bien en la ley, yo estoy de acuerdo con ello, lo único que hace falta es desarrollarla.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorías. Muchísimas gracias, señora García, no solamente por comparecer hoy, sino también, y en este caso me sumo a lo que han manifestado los grupos parlamentarios, sobre todo los dos que han intervenido en último lugar, pero que estoy convencida que es compartido por todos los grupos que forman parte de esta Comisión, agradecerle su trabajo, el trabajo de su asociación y sobre todo su implicación en la defensa de algo tan fundamental como son los derechos de las mujeres y sobre todo la defensa de la aplicación del marco legislativo, que al final es lo que existe y que no sirve de nada tener un marco legislativo pionero y avanzado y que fue referente en un momento determinado, si al final existen muchísimas lagunas y no se aplican. Por lo tanto, nuestro reconocimiento, nuestra admiración y nuestro afecto también.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ACAI** (García Gallego): Muchas gracias.

— **DE LA DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION» (ISMAIL), PARA QUE EN SU CALIDAD DE EXPERTA INFORME SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (Número de expediente 219/000775).**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos entonces la sesión de comparecencias del día de hoy de esta Comisión. La segunda comparecencia corre a cargo de la señora Asha Ismail, directora de la organización Save a girl, Save a Generation, para que en su calidad de experta informe sobre la mutilación genital femenina y es una comparecencia a petición del Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Por lo tanto, tiene usted la palabra, señora Ismail, por un tiempo entre 20, 30 minutos, lo que usted considere.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 17

La señora **DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION»** (Ismail): Muchas gracias. Muchísimas gracias, iba muy nerviosa, pero ya estoy tranquila.

Os voy a hablar de la mutilación genital femenina, que ya os han informado, y Save a girl, Save a Generation, es una organización que lleva más de 10 años trabajando aquí en España y concretamente en la Comunidad de Madrid.

Nuestro trabajo desde Save a girl, Save a Generation consiste en, aparte de sensibilización, hemos hecho mucho ruido desde que hemos empezado, porque este tema era hace unos años completamente desconocido en España y si había algún tipo de conocimiento era muy poco, porque se trataba como algo muy ajeno al país, algo que pasaba en África y otros países que no tenían nada que ver con España, en ese sentido se le olvidaba que las personas que vienen a vivir que también son parte de esta comunidad.

Entonces, empezamos a sensibilizar, no solamente para que se den cuenta que existe el problema, sino a profesionales en diferentes sectores, en concreto de sanidad, trabajadores sociales, profesores, hemos estado con policías, jueces, y seguimos dando ese tipo de informaciones a quien nos lo pida gratuitamente.

Actualmente estamos dando clases de español, porque estamos trabajando directamente con la población que llega a España, trabajamos codo con codo con otra organización que se llama Acción en Red y la primera acogida que le damos ya sabemos que hay centros que existen para acoger a estas personas y nosotros, con la excusa de la lengua española, lo que hacemos es también meterles en valores de aquí y también hablarles de la sexualidad, la salud sexual, a través de esas cosas intentamos identificar el problema.

La mayoría de las chicas que nos llegan, llegan con una mochila cargada de problemas porque han pasado por mucho, un largo camino lleno de muchos problemas y lo último en esa mochila que llevan es la mutilación genital femenina, aunque suena mal, intentamos que también lo reconozcan como una violencia más ejercida en esos cuerpos suyos.

Y damos esas clases tres veces a la semana, también tenemos informes grupos, grupos de jóvenes y grupos de mujeres que ya están sensibilizadas y lo llamamos a ese grupo, grupo de liderazgo de mujer africana, y me encanta ese grupo porque son verdaderas líderes.

Y ahora ya voy a entrar a explicar un poquito en detalle una información que está al alcance de todo el mundo, porque hoy en día la información nos cabe en la palma de una mano, pero, obviamente, tenemos que saber lo que estamos buscando o tener interés para informarnos. Espero crear ese interés hoy.

Según la OMS, la mutilación genital femenina consiste en el procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales femenino u otro tipo de lesiones que no son recomendadas para la salud, todo eso, o sea, el corte y otro tipo de alargamiento a través de masajes, poner algún tipo de piercing, bueno, es todo ese tipo de cosas, alteraciones de los genitales, se consideran mutilación genital femenina.

Actualmente hay 200 millones de niñas, mujeres y niñas vivas actualmente que han pasado por la mutilación genital femenina. Estos son datos recogidos por la OMS y UNICEF hace dos o tres años. Yo siempre digo que tenemos muchos avances, el ser humano ha avanzado para crear hasta esto, la tecnología que tenemos hoy a un dedo de nosotros y estamos pensando en conquistar otros planetas, pero no somos capaces de acabar con una práctica como esta.

En España también dicen que hay 18.400 niñas en riesgo. Esa es una información, bueno, un estudio que ha hecho en Barcelona otra organización, que se me escapa el nombre ahora. Yo no me fiaría 100 % de ese dato, y os explico por qué. Porque cuando nos registramos en el Ayuntamiento no nos registramos por etnia sino por país, entonces es imposible que sepan exactamente si esta mujer ha pasado por la mutilación genital femenina si no saben de qué etnia viene y la juzgan por el país que viene y por eso pongo en duda, aunque son los datos que se manejan actualmente en todo el país.

Existen diferentes denominaciones, me ha gustado explicar esto que se refiere a la mutilación genital femenina. Estas son algunas que he recogido, que se usan mucho, porque hay grupos de personas que se han quejado que la palabra mutilación genital femenina lo habían inventado desde occidente para insultar a las mujeres que han pasado por la mutilación genital femenina. Personalmente yo creo que es la manera correcta de usarlo, aunque a lo mejor a la gente no le guste. Circuncisión femenina no se usa mucho porque se ha ido confundiendo y poniendo el mismo nivel que la circuncisión masculina, que no tiene absolutamente nada que ver con la femenina. El corte es la que más se usa, incluso entre profesionales y la propia comunidad, porque parece más suave y más aceptable por los dos lados. La ablación femenina también se utiliza. Hay otros que también lo llaman alteración genital femenina. Yo he querido incluir en esta lista de nombres de tipo de mutilación genital femenina cirugía genital femenina, es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 18

el tipo de cirugía, aunque practicada por adultos, que existe en Europa, permitida y legalizada, de mujeres que arreglan sus bajos. Si buscáis esa información un poquito más, vais a encontrar con cortes que son iguales que el tipo 2 de la mutilación genital femenina, que ahora os voy a hablar, reducir, cortar en los labios, mayores o bajos, porque al parecer esa parte de nuestro cuerpo es fea y siempre hay que eliminarlo.

En cómo afecta la mutilación genital femenina a la salud, pues la complicación es inmediata, como cualquier otro corte, es el dolor, puede haber hemorragias, retenciones de orina, porque tienes miedo de orinar, elecciones de tejido, perdonadme, no sé por qué he utilizado esa palabra, porque no sé utilizarla, adyacente, infección de orina, fiebre, conmoción de tener esa infección, porque hay en lugares que se practica la mutilación genital femenina que no son higiénicos y los materiales usados también, ulceración de la zona genital, infecciones en la herida, septicemia y, finalmente, puede causar la muerte.

Las consecuencias a largo plazo que actualmente cambia permanentemente la vida pueden ser anemia, formación de quistes, abscesos, formación de tejido queloide, y eso es muy común en muchas mujeres, porque en lo que se relaciona a la población africana, porque nuestras cicatrices son muy complicadas algunas, disfunción sexual, pérdida de libido, complicaciones durante el parto, efectos psicológicos permanentes, efectos psicológicos permanentes es algo que no se está tratando actualmente, los 200 millones de mujeres supervivientes de la mutilación genital femenina existen, no son solo números, y no hay ninguna atención que reciben.

El origen de esta práctica, bueno, se han barajado muchas historias, antiguamente también se decía que venía de Egipto, pero hay otros estudios que dicen que no es así, pero lo que sí se sabe es que existía desde hace más de 2.000 años, o sea, antes de la llegada de ninguna religión, por ejemplo, la práctica se ha detectado en diferentes partes del mundo.

Datos importantes a tener en cuenta son: la práctica no es solamente del continente africano, antiguamente, en la vieja Inglaterra se extirpaba completamente el clítoris a las niñas para que no se masturbaran, otros decían que curaba la epilepsia. Esa tradición en su momento se llevó a Estados Unidos, donde no hace más de 80 años se seguía practicando. De hecho, hace 28 años creo que detuvieron a un médico que seguía practicando la extirpación de clítoris con fines de curar lesbianismo.

En Colombia, en la población, emberá se llaman, en 2007 salió el primer caso porque se había enfermado una niña, que luego falleció por el corte, por lo tanto, existía mucho antes del descubrimiento de este y es cuando empezaron a prestar atención. En Perú también se ha detectado, en Australia en la población aborigen, en India, y, obviamente, en África, en África y muchos países africanos, etnias dentro de esos países africanos.

Es importante saber que es una práctica de etnias, cuando hablamos de que hay mutilación genital femenina por ejemplo en Nigeria, no debemos poner a toda Nigeria en el mismo bote, son etnias dentro de Nigeria que practican la mutilación genital femenina y no es todo el país. Tampoco pertenece a ninguna religión, lo practican todas las religiones y las que no son religiosas, por lo menos en el continente africano.

Ese es el mapa de prevalencia según los países que sí que se ha confirmado que existe algún tipo de mutilación genital femenina. Por lo tanto, es un problema global, mundial, y debería ser problema de todos.

Las partes más en rojo hay mayor prevalencia y según el color va cambiando.

También se debe saber que por ejemplo no podemos decir que en Sudáfrica no existe la mutilación genital femenina porque no aparece en ese mapa, igual que a lo mejor España hace unos años no aparecía tampoco que existía una población que practicara, existe la emigración dentro de África y la gente viaja, se instala, empieza una nueva vida y con ello también lleva su tradición. Debía existir la alerta en todo el mundo y en todo el continente africano también.

Os quería hablar de Kenia, Kenia es el país que más conozco porque soy de ahí. En este mapa se ve que Kenia tiene menor prevalencia, es un 21 % creo, 26 o por ahí. Existen dentro de Kenia 48 etnias distintas, con diferentes culturas, diferente lengua, diferentes religiones. Dentro de esas 48 hay 21 que practica la mutilación genital femenina y dentro de esas 21 solo tres de ellas son de religión musulmana. Es para que podáis entender que no tiene nada que ver con la religión y cualquier religión puede practicar la mutilación genital femenina si existe en sus antiguas tradiciones.

Y ahora vamos a ver en los tipos de mutilación genital femenina, las imágenes que voy a enseñar a continuación son imágenes un poquito fuertes, que si os parece demasiado fuerte me avisáis y lo quito enseguida, pero para mí es importante verlo, no solamente un dibujo, sino ver lo que es la mutilación genital femenina.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 19

La primera es la clitoridectomía, la extirpación total o parcial del clítoris o el prepucio del mismo, predominante en África subsahariana occidental. Esta en realidad es el tipo que se descubrió en Colombia también, el tipo que se hace en India, o sea, no es solamente en África subsahariana. Y la vulva quedaría así, sin la capucha y el clítoris.

El segundo tipo es extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores, puede haber o no escisión de los labios mayores. Predominante en la misma zona, es muy común también en muchos países africanos. Y quedaría así finalmente lo que es la vulva de la mujer, en la mayoría de los casos, como en este caso, sin la capucha del clítoris y sin labios.

El tercero es el más grave de todo tipo de mutilación genital femenina, y se llama infibulación, puede haber escisión del clítoris y de los labios menores y mayores. Este tipo lo conozco más a fondo porque es el tipo que he pasado yo, ha pasado ella, la que está ahí, y muchas mujeres que conozco. En esto te cortan el clítoris, los labios mayores, labios menores, te cosen para sellarte, cerrarte, como en la imagen que estáis viendo ahí, dejando un prepucio muy, muy pequeñito para las necesidades. La primera imagen es cuando acaban de hacer la herida, que puede coger una infección de muerte, pero el problema no queda ahí porque después de pasar por esto te espera toda una vida de complicaciones, toda una vida de dolor, toda una vida de problemas psicológicos que nadie se preocupa.

Hay otros tipos y en esta parte también había querido incluir lo que hablamos de cirugía genital femenina, pero no lo he incluido, el raspado por ejemplo, ampliación de orificio vaginal mediante provocación, bla, bla, bla, todo eso se considera también la mutilación genital femenina, y esto debe estar prohibido.

El tipo que hemos visto ahora, la infibulación, está concentrado en los países que están marcados en rojo, pero también no se centra ahí, como os dije, Somalia es un país que lleva en guerra, bueno, no existe ningún país desde hace 28 años, y los somalíes viven en todas las partes del mundo actualmente y con su práctica también lo han llevado. Sudán es otro que tiene más o menos el mismo problema.

Los motivos diversos, yo lo he recogido aquí, aunque hay cosas que lo sabíamos y lo conocíamos y la información en realidad que se ha recogido en muchas organizaciones importantes, como la OMS y UNICEF, han sido gracias a mujeres líderes africanas que han estado durante muchos años llamando la atención para que se pudiera prohibir la mutilación genital femenina y han dado muchos datos, pero son datos para utilizarlos como una guía, porque no todo el mundo es igual, para empezar, segundo, el ser humano no es una máquina que tienes que tener un manual para saber, funciona así, hay que tocar A, B o C, no, hay que conocer a las personas, hay que hablar con las personas para poder entender el motivo que puede haber llevado a esa persona, porque esto, la mutilación genital femenina no pertenece a ninguna clase social, como antiguamente se pensaba, y, como he dicho, ni religión ni nada de eso, pues para poder entenderlo y poder ayudar o poder luchar contra la mutilación genital femenina hay que aprender a escuchar y no imponer, hay que aprender, conocer a fondo porque cada uno tiene un motivo. Entonces, estos son simplemente motivos generales que se recogen en internet.

Existen leyes, por ejemplo el Convenio de Estambul, que creo que entró en vigor el 1 de agosto de 2014 o por ahí. El convenio contempló como delito todas las formas de violencia contra la mujer, de violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Esto implica que los estados deberían introducir en su sistema jurídico esos delitos, y creo que España también lo ha hecho. Unión Africana en 2016 se sumó también en la lucha y firmaron un acuerdo entre 52 países, si no me equivoco, pero ellos tampoco tienen un poder así para dar esa orden a esos países, sino pidieron que esos países se trabajase desde cada uno en su país para poder luchar en la mutilación genital femenina.

En España existe un Código Penal que a mí me confunde, pero a lo mejor porque no soy política ni soy juez ni abogada ni entiendo bien las leyes, pero cuando se dice en el Código Penal que ponen, dice que el que causara a otro, a otro, y esto hablando en masculino, a una mutilación genital, y no especifica si es femenina, solamente una mutilación genital, o sea, si yo me cortaran y a un chico también le cortaran, el castigo es lo mismo. Y también la pena me parece excesiva, yo estoy de acuerdo que exista una ley, estoy de acuerdo que exista una pena, pero creo que se debería replantear de alguna forma porque debemos evitar llegar a esto porque estamos victimizando a la niña doblemente, metiendo a los padres en la cárcel es meter a la criatura en una casa de acogida y eso es victimizarla dos veces. Debe haber leyes, sí, pero yo creo que también debe haber la voluntad de la gente y para conseguir la voluntad de la gente el Gobierno debe trabajar así a ello, el trabajo lo están haciendo actualmente entidades, ONGs como la mía, y otras, bueno, la mía es muy, muy pequeña, me da hasta vergüenza llamarlo ONG, somos muy, muy

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 20

pequeños, pero hay muchísimas organizaciones que están trabajando en esto y deben tener mayor, o debemos tener mayor apoyo en el trabajo que estamos haciendo para que se implemente el tipo de formación a los sectores y a las personas que les corresponde para que no podamos llegar a esto, y esto lo debía especificar porque causara a otro a una mutilación genital femenina, a mí no me convence estas frases de aquí, pero seguramente fue muy estudiado.

Y eso es todo.

Otra cosa que quería añadir antes de que empezaran a preguntar, porque eso es algo que hemos discutido y hemos hablado mucho entre nosotros, se ha incluido la mutilación genital femenina como violencia de género, y eso es un debate abierto, que además os pediré vuestra opinión si queréis, pero creo, en mi opinión la mutilación genital femenina no se puede tratar con los mismos parámetros que se trata la violencia de género, no niego que la mutilación genital femenina sea violencia de género, pero si solo tenemos en cuenta que es violencia contra las mujeres y no tenemos en cuenta quién o por qué lo provoca, nunca acercáramos a la erradicación.

En el caso de la mutilación genital femenina el victimario, en este caso la victimaria, es una mujer, la mujer más próxima y querida, puede ser su madre, su abuela, su tía, quien tiene a la víctima, la niña. Esa mujer no la inflige el daño a su víctima para someterla ni para demostrar su superioridad ni para hacerle daño, se lo hace porque cree que es lo mejor para ella, para su hija y para su futuro. En esta parte del mundo, en España, nosotros hemos comprendido y defendido el concepto de libertad de la mujer para decidir a casarse o a tener hijos o no, pero de donde yo vengo esos conceptos todavía no son aceptables para las mujeres, el matrimonio es la única salida para una mujer, tener hijos es para estar bien considerada, para ser respetada entre la comunidad. Entonces, tenemos que comprender eso, si no lo comprendemos, lo vamos a meter en el bote de la violencia de género y además hemos luchado muchísimos años para que se pueda considerar reconocer la mutilación genital femenina en sí como violencia, pero no meterlo en el bote de violencia de género e invisibilizar la importancia que tiene por sí solo.

Nada más. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias por su intervención, dura, pero también muy emotiva. Muchísimas gracias.

Es ahora el turno de intervención de los grupos parlamentarios, por un tiempo de cinco minutos cada uno. En primer lugar, por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes, señorías. Gracias, Asha, por estar aquí y gracias por esta ilustración, esta información que nos has transmitido, gracias por el conocimiento y los años que llevas luchando contra esta práctica inhumana, gracias por todos los datos que nos has dado más o menos a nivel general. Este es un tema que me ha preocupado desde el primer día que entré aquí debido a que ya te conocía, Asha, y ya conocía el trabajo que estabas haciendo. Yo había tenido también contactos con grupos en centros de salud, sobre todo en los años 90, 1992, el boom de la inmigración en España, y es cuando yo conocí de cerca el tema de la mutilación y siempre me impactó, me impactó muchísimo, y en la medida que he podido y pude trabajé cerca de familias que vivían o habían tenido este tipo de problema, este tipo de prácticas.

Lo fundamental, creo, más allá de los datos, más allá de que sabemos perfectamente que esto es una violación contra los derechos de la mujer, que se practica mayoritariamente a las mujeres y a las niñas que lo sufren, y lo sufren por el hecho de ser mujeres, hay una cuestión que ha señalado nuestra compañera, que es el codificar este tipo de violencias como violencia de género, yo creo que es un debate que hay que poner sobre la mesa y tratar de entender por qué estas organizaciones que trabajan con mujeres que directamente están sufriendo esta práctica hacen este tipo de peticiones, habrá que discutirlo, debatirlo y ver cuál es la razón. Cuando se trata de violencia, hay que especificar qué tipo de violencia y a quién va dirigida esa violencia, todo el trabajo que intentamos implementar en la Comisión de Igualdad en mi grupo tratamos que sea un trabajo transversal e interseccional y esa es una cuestión fundamental que hay que tener en cuenta a la hora de trabajar para evitar este tipo de situaciones y evitar las violencias que sufren la mayoría de las mujeres.

Hay una cuestión también que quería poner sobre la mesa y es durante los años 90 propiamente dicho había una figura, de la que yo ya les he hablado a mis compañeras en la Comisión, en Alicante por lo menos se puso en práctica, que era la figura de la mediadora social intercultural, que entiende las pautas culturales de determinadas culturas, obviamente, con las culturas con las que había que trabajar en ese

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 21

momento en los centros de salud, se puso en marcha un grupo de trabajo en Alicante en dos o tres centros de salud, que dio muy buen resultado y con la crisis se tuvo que dejar de trabajar de esa forma y es una verdadera pena, y son indicadores de cómo, por dónde hay que ir a la hora de trabajar y tener en cuenta este tipo de cuestiones, que parece que no están porque últimamente no se habla tanto de la mutilación genital como se hablaba en los años 90 y estoy convencida de que sigue habiendo estas prácticas, por lo que tendremos que estar muy despiertas y sobre todo creo que hay un trabajo que tienen que hacer las administraciones, no se tienen datos, hay un gran problema con el tema de los datos, porque yo sigo leyendo los mismos datos del 2011, 2015, sigo viendo los mismos datos, o sea, no puede ser que sean 17 o 18 millones y que el dato parece que sea estático.

Y en última instancia quería hacerte una pregunta, quería preguntarte qué crees, qué tratamiento crees que se está dando a la mutilación genital en el Sistema Nacional de Salud y de manera general en las Administraciones Públicas y qué atención crees que requeriría esta cuestión que no la está teniendo, aunque de alguna manera alguna pincelada sí que has dado en tu intervención. Y te doy profundamente las gracias por estar aquí.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría.

Es ahora el turno de intervención, por el Grupo Parlamentario Socialista, señora González.

La señora **GONZÁLEZ PELÁEZ**: Buenas tardes. Muchas gracias, presidenta, muchas gracias a la compareciente por la información que nos ha dado, por el trabajo que desarrolla la ONG a la que representa y sobre todo por traer esta tarde a una de las formas de violencia machista, que, como todas las formas de violencia machista, se sustenta en la desigualdad y en el ámbito, que muchas veces además se ampara en un ámbito de cultura y de creencias. Más allá de la discusión que podamos tener si es o no violencia de género, yo hago una reflexión, es una violencia que tiene que ver con la desigualdad que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres y en el que las mujeres que de alguna manera hacen esa función de someter a otras mujeres a esa ablación o a esa mutilación son víctimas también, son el brazo ejecutor del propio patriarcado, al menos así se puede entender como una violencia machista que también, por supuesto, como usted misma ha dicho, está recogida en el Pacto de Estambul y que tiene que estar recogida, lógicamente, de una forma represiva en nuestras leyes penales.

Ha hecho una intervención muy interesante sobre todo con lo que tiene que ver con el encaje con las mujeres que están aquí en nuestro país y que de alguna manera la ONG hace ese trabajo de mediación intercultural, de búsqueda de liderazgos dentro del propio ámbito cultural de las mujeres que están aquí en este país. A mí me gustaría que profundizase un poco más en ese trabajo de prevención que tiene que ahondarse en nuestro país y en las diferentes comunidades autónomas, porque hemos visto, y hay datos, que los protocolos que solamente hacen recaer en el ámbito policial o en el ámbito sanitario la intervención en estas cuestiones pues no tienen los resultados deseados y, sin embargo, posiblemente tengamos que ir a un ámbito de trabajo preventivo mucho más amplio. Me gustaría que ahondase un poco en este tema, cómo sería ese abordaje, cómo sería ese trabajo preventivo, que en todo caso además tiene que ser previo y complementario y que tiene que estar al lado de cualquier otra aplicación legislativa que tenga más que ver con la represión. Fíjese que existen leyes que prohíben esta práctica y que, sin embargo, no han conseguido que en los países de origen esta práctica cultural se siga manteniendo.

También me preocupa y si nos pudiera algún apunte a cómo poder desarrollar acciones en esos países de origen o cómo el trabajo que se desarrolla aquí tiene o puede tener sus efectos en los países de origen.

Y, por último, una cuestión que ha hablado en relación a los datos, decía que en los datos que se recogen en el último estudio, en el que se hablaba de 18.000 niñas aproximadamente que podrían estar afectadas en nuestro país, que no eran datos reales o que podían no ser reales. Creo que una de las cuestiones por las que tampoco pueden ser reales es que muchas niñas salen del país antes y no son contabilizadas y hay niñas que ya han nacido aquí en España y que tampoco son contabilizadas, pero usted hablaba del tema de la etnia, entonces, me gustaría saber si eso puede dar a que el número sea mayor o cómo se podría llegar a conocer mejor esos datos.

Sin más, animarla a seguir trabajando y seguimos con el tema.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría.

Es turno ahora para el Grupo Parlamentario Popular, señora González.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 22

La señora **GONZÁLEZ VÁZQUEZ**: Gracias, presidenta. Muchas gracias, señora Ismail, por su intervención. Voy a ahorrar cualquier comentario, pero sí que le voy a hacer un par de preguntas en relación a lo que nos acaba de presentar.

Usted nos ha comentado brevemente que las leyes nacionales que existen en aquellos países donde se da la mutilación genital femenina con más incidencia no son suficientes. ¿Usted cree que la Unión Europea y los estados miembros, cada uno de manera particular, podrían establecer por ejemplo como condición *sine qua non* para los programas de cooperación que se desarrollan en cada uno de esos países algún programa de información, de educación, de sensibilización para erradicar de manera más eficaz estas prácticas, por supuesto, con todas aquellas cuestiones que preserven los aspectos positivos que del rito, de la ceremonia familiar, etcétera, que están vinculados a la mutilación son verdaderamente importantes para la comunidad y, por tanto, positivos, pero retirando de todo ello la parte relativa a la mutilación? Eso por un lado.

Y después, a nivel de nuestro país, de España, y ante los datos que usted ha comentado, y también la dificultad para conocerlos en detalle, ¿dónde cree usted que debe trabajarse más intensamente, en el ámbito educativo, es decir, cuando las niñas están escolarizadas con los padres y madres, en la medida en que pueden interactuar con el centro educativo, en el ámbito sanitario, estableciendo a lo mejor programas similares a los de vacunación, que tengan una periodicidad de control igual que lo tiene un carné de vacunación, por ejemplo, para cualquier niño o niña en territorio español, en el ámbito social, con los ayuntamientos por ejemplo, las comunidades autónomas, en la entrada en el país de las niñas y de sus familias, es decir, sensibilizando y formando al personal que trabaja en inmigración, en temas de asilo, etcétera? Dada su experiencia, creo que nos sería importante, nos sería interesante conocer dónde cree usted que se puede trabajar con la obtención de resultados más eficaces.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señoría.

Turno, por tanto, ahora para la señora Ismail, para responder a las cuestiones planteadas.

La señora **DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION»** (Ismail): A ver si me voy a acordar de todo.

Voy a empezar por... Preguntaste sobre la implementación en la sanidad, ¿verdad? Pues existe desde hace poco un protocolo que se hizo en colaboración de otras organizaciones aquí en Madrid, que está ya implementado, implantado, o como se llame, en muchísimos hospitales en Madrid, en la Comunidad de Madrid, pero queda mucha parte por conocer y creo que ayuda un poquito, pero creo que falta esa guía, un apoyo de interculturalidad, le faltan esos centros de salud, que tienen una guía que parece como el manual que os hablaba de cómo tratar a un paciente o cómo detectar, le falta algo que has mencionado y que es muy importante, el trabajo de trabajadora mediadora, debían de estar en todos esos centros y no cualquier trabajadora mediadora intercultural, sino una mediadora que esté formada, una persona que conozca muy bien esas etnias y una persona que ya haya pasado por la mutilación genital femenina. ¿Por qué? Porque tendrá la sensibilidad, que es muy, muy importante conectar con la persona que estás intentando ayudar, para que pueda o cambiar su mentalidad o a lo mejor darles las herramientas para poder luchar tanto en su casa como en su país de acogida, entonces, es importante ese papel de mediadoras.

Sí que se está notando mucho que el protocolo ayuda, pero también hemos notado en las formaciones que hemos dado que hay mucho que hacer, que queda muchísimo trabajo y nosotros tampoco tenemos ese poder para poder llegar a todos.

No sé si te he contestado porque se me han olvidado la mayoría de las cosas que dijiste.

El tema, empecé con decir lo del tema de género, que era complicado, que hay un debate interno. Es verdad y estoy de acuerdo que la finalidad de la mutilación genital femenina todos habíamos pensado que era complacer al hombre. Se descubre, después de trabajar con hombres, que ellos tampoco encuentran placer en una mujer mutilada. Entonces se investiga más, y se investiga más y se descubre que está relacionada la mutilación genital femenina en que los hombres en esas etnias deciden no casar con una mujer no mutilada y, finalmente, la mujer se mutila para que pueda contraer matrimonio, pero se descubre que este ritual existía mucho antes, era un tipo de sacrificio que hacían a sus dioses, sacar un poquito de sangre para que los dioses puedan proteger a esa mujer. Eso se ha convertido, o sea, ha ido cambiando porque, como dije, existía millones de años antes de llegar ningún tipo de religiones, las religiones llegaron y como no les convenía quitarlo, seguían, de hecho, había un hospital en Tanzania, Moshi, era misionero el hospital, las que trabajaban ahí eran enfermeras monjas y se practicaba la mutilación genital femenina.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 23

Entonces, igual que falta tanto estudio y tanto conocimiento por este tema, también hay muchos debates que a lo mejor algún día llegaremos a estar de acuerdo que una cosa es eso, pero lo que sí sigo pensando es no invisibilizar la mutilación genital femenina y una mujer que ha sufrido la mutilación genital femenina no tiene el mismo derecho que una mujer que ha pasado por violencia por su marido aquí en España. Por lo tanto, eso ya hace la diferencia.

Y luego, psicológicamente es importante trabajar en el país de origen habías dicho, porque estamos aquí y creo que casi todas las organizaciones, incluso el país y el Gobierno en Europa entera están en la lucha de la prevención y se han obsesionado con la lucha de prevención, que está muy bien, hay que prevenir, pero si no vamos a trabajar en la raíz del problema, vamos a seguir siglos y siglos previniendo, porque sigue llegando gente, sigue llegando gente nueva, hay que ir informando, siguen naciendo, y así va a ser, como se dice aquí en España, el pez que se muerde la cola.

Obviamente, es muy importante trabajar en el país de origen, porque allí es donde se puede arrancar de raíz el problema, apoyar a las comunidades y organizaciones no gubernamentales que están trabajando en el país de origen, apoyarles en lo que se pueda apoyar, económicamente obviamente, la única manera y la herramienta más fuerte que pueden tener es tener la economía para poder ir predicando, trabajando y sensibilizando en sus países. Obligar a los gobiernos que exijan y que hagan un seguimiento, algo que ha dicho al compañera de la cartilla de vacunación, es algo que nosotros habíamos hablado muchísimo desde hace años de exigir al Gobierno de Kenia por ejemplo, al nacer una niña en la cartilla de vacunación, que también que indique ahí la mutilación genital femenina, que no se lo haga, una de las cosas, y cada vez que presente la cartilla en el hospital, ahí se puede, aquí sería discriminación o lo verían de otra manera, pero se debe buscar alguna forma. Por ejemplo, en Kenia eso funcionaría. Es un librito que tiene cada FMI y el librito se sella en el hospital y sería la manera.

¿Qué pasa? En Kenia está prohibido, pero sigue pasando, e incluso ahora se está medicalizando la mutilación genital femenina, hay médicos, enfermeras que hacen la mutilación en casas cobrando y el Gobierno no se entera, por lo tanto, no hay mayor castigo.

Qué programa de trabajo proponía habías dicho, ¿verdad? Perdona.

La señora **GONZÁLEZ VÁZQUEZ**: Bueno, te comentaba a nivel internacional si existía la posibilidad de establecer una vinculación entre los programas de cooperación euros en aquellos países donde es más prevalente la mutilación genital femenina y ver la posibilidad de incorporar medidas digamos obligatorias para formación, información, sensibilización, etcétera, sobre la práctica. Eso a nivel internacional. Y luego, a nivel de España dónde crees tú que sería más útil trabajar, ¿en el ámbito educativo, en el ámbito social de los ayuntamientos, en el ámbito por ejemplo médico con algo similar? Porque también en España ese tipo de carné, como un carné de vacunación, debería utilizarse porque, si no, durante las estancias en el extranjero de las niñas que viven en España o que incluso son nacionales españolas, que tienen pasaporte, puede producirse la mutilación, fuera de territorio español, pero se habría producido igualmente. Entonces, sería preciso un seguimiento similar al de la vacunación.

La señora **DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION»** (Ismail): Sí, son interesantes.

A ver, por ejemplo, en lo que dice antes de apoyar a las organizaciones locales, es muy importante. Antes mencionaste por ejemplo la ceremonia de iniciación. Nosotros personalmente, o sea, en nuestra organización estamos completamente en contra de destruir una ceremonia que la ceremonia en sí tiene un significado, lo que quiere decir que a esa mujer, a esa niña la están preparando, es un ritual de prepararla para ser mujer y si estamos intentando buscar esa libertad para esa mujer, no debemos decir «vale, pues podéis seguir con la ceremonia tal cual, preparar a esa niña para ser mujer, pero no la cortéis, dejad el juegucito de cortar». Yo creo que eso debe cambiar, o sea, se debe enfocar de otra manera. Como te dije, en nuestra organización estamos en contra de la ceremonia en sí.

¿Cómo se puede apoyar? Se puede apoyar en la educación, la educación es muy importante, una niña educada, escolarizada, se retrasa incluso el matrimonio, porque va a la escuela, va luego a la universidad, aprende lo que sea, pues ese tiempo es un tiempo en que se retrasa incluso su matrimonio forzado, donde ella puede llegar a una edad que conozca sus derechos en su país y a lo mejor se niegue y se enfrente a sus familiares. Desde los colegios tanto aquí como ahí es importante educarles y facilitarles las herramientas, la posibilidad de saber una niña dónde puedo llamar yo si tengo miedo, dónde puedo acudir yo y que sea seguro cuando tenga miedo. Eso debe existir en los países de origen y debe existir aquí también. Cuando una niña tiene un riesgo de matrimonio, que nos han llegado casos de Lavapiés,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 566

10 de julio de 2018

Pág. 24

niñas que han crecido aquí y cuando llegaron, 15, 14 años, las llevaron de vuelta a Bangladesh, no tiene nada que ver con la mutilación genital femenina, para casarles. Entonces, si esa información la facilitan en el colegio, en el instituto donde están, tiene esa relación con los trabajadores sociales o sus profesores, la niña puede confesar el miedo que tiene y, si existe recurso, se le puede proteger de alguna manera.

Invertir en la educación de la mujer, empoderamiento de la mujer, es muy importante, y aquí hay muchísimas mujeres que han venido por reagrupación familiar, el que trabaja, el que tiene poder, el que tiene dinero es el marido. Esa reagrupación, esa mujer por ejemplo tarda muchísimo en aprender español, tarda muchísimo porque se ocupa de la casa, porque no va a clase, y estamos intentando ofrecer esa posibilidad también para que puedan venir a clase, pero la mayoría tienen tres hijos, dos hijos, y no hay tiempo, no tienen tiempo para hacer absolutamente nada. Si esa mujer pudiera tener la independencia económica, a través de microcrédito por ejemplo, esa mujer puede iniciar ella su propio negocio y estar económicamente independiente del marido, no depender de ella, aquí y allá.

No sé si he podido responder a todas las preguntas, pero tampoco tengo la respuesta para todo, estamos en camino también a aprender y formarnos diario.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Ismail.

No sé si los grupos quieren hacer alguna matización, alguna intervención más.

La señora **BOSAHO GORI**: Quiero darte las gracias por aceptar nuestra invitación y hasta una próxima ocasión y ánimo con esa ONG y ese trabajo de campo que estáis haciendo. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorita.

La señora **DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION»** (Ismail): Gracias a todos por escuchar.

La señora **PRESIDENTA**: Agradecerle una vez más que haya compartido este rato con nosotras y con nosotros, agradecer y reconocer su trabajo y sobre todo que sepa que puede contar con todos los grupos parlamentarios de esta Cámara, creo que puedo decirlo en nombre de todos porque estamos hablando de una cuestión fundamental de dignidad humana y de derechos humanos ante cualquier otra consideración. Por lo tanto, es un privilegio poder escucharla y nuestro reconocimiento para su trabajo. Muchísimas gracias.

La señora **DIRECTORA DE LA ORGANIZACIÓN «SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION»** (Ismail): Muchas gracias.

Se levanta la sesión a las siete y treinta minutos de la tarde.