



Huelga Feminista del 8 de Marzo de 2018: “Análisis de Reivindicaciones en el Ámbito Sanitario”

Autora: Elena Sánchez Martínez.

Grado en Trabajo Social.

Curso: 2017-2018

Facultad de Educación y Trabajo Social.

Universidad de Valladolid.

Tutores: Ana Almaraz Gómez.

Ignacio Rosell Aguilar

RESUMEN: Al ver el volumen de participación y repercusión de la “huelga feminista del 8 de Marzo de 2018”, surge la idea de realizar una investigación sobre las reivindicaciones propuestas en el ámbito sanitario. Dicha investigación está basada en el análisis de datos objetivos existentes sobre los distintos temas. Con el fin de comprobar si existen desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso y/o atención en salud, y con ello su pertinencia como reivindicación feminista. Este estudio no intenta restar importancia a los distintos problemas planteados en la “Huelga”, ni mucho menos desmentir que existan. Los profesionales del Trabajo Social deben conocer el estado actual de las situaciones en las que interviene, analizar las desigualdades y en este caso, priorizar las actuaciones más necesarias para evitar inquietudes en salud de las mujeres.

PALABRAS CLAVE: Análisis, reivindicaciones, pertinencia, Huelga, feminista, desigualdad, salud.

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE.....	1
1. Introducción	3
2. Objetivos	6
3. Metodología	6
4. Resultados	7
4.1 Lista de reivindicaciones de salud identificadas con relación explícita en el ámbito de salud.	7
4.1.1 Violencias de Género:	8
4.1.2 Derecho a la asistencia sanitaria.....	15
4.1.3 Fortalecer los servicios públicos sanitarios.	17
4.1.4 Salud reproductiva y aborto	19
4.1.5 Medicalización de la vida de las mujeres.	28
4.1.4 Presiones estéticas. Trastornos de conducta alimentaria.	30
4.1.5 Posibles temas olvidados en las reivindicaciones	32
4. Conclusiones	34
5. Bibliografía	36
6. Anexos.....	41
Anexo 1. Listado de reivindicaciones:	41

1. Introducción

El propósito del presente proyecto es conocer cuáles fueron las reivindicaciones de la “Huelga Feminista del 8 de Marzo de 2018”, de distintas asociaciones y entidades, extraer las relacionadas con el ámbito sanitario y analizar su pertinencia.

Para ello, en primer lugar, se debe reflexionar sobre el concepto de “salud” y las dimensiones que abarca; que se entiende por feminismo actualmente y cómo ha evolucionado a lo largo de la historia; además de las desigualdades que existen en el Sistema Sanitario en función del género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Salud como: un estado de bienestar físico, mental, y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces. Se entiende la capacidad de funcionamiento, como la capacidad de poder realizar actividades como el trabajar o formarse. Esta definición tiene dos ejes uno subjetivo, como es la sensación de bienestar y otro objetivo la capacidad de funcionamiento. (Fernández-Crehuet, Martínez-González, de Irala, Toledo, & Ruíz-Canela, 2016, pág. 3).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde su creación ha estado en pro de reducir las desigualdades entre mujeres y hombres. Así, en 1975 trabajando, declaró el año internacional de la mujer, y en los años posteriores los gobiernos fueron incorporando estrategias por la igualdad, aunque fue en 1995 en la conferencia de Beijing cuando se consiguieron cambios cuantitativos. Fueron dos ejes los que se introdujeron: el primero, el empoderamiento de las mujeres y el segundo, la transversalidad de las políticas de género. Desde entonces se ha trabajado desde los distintos gobiernos en la consecución de estos dos ejes. (Bolúmar & Rodríguez, 2016, pág. 932).

Si entendemos el concepto de género como constructo social, este establece unos roles, valores y formas de relacionarse diferentes para los hombres y las mujeres, es decir, el género determina lo que la sociedad espera de cada persona.

Estos comportamientos son aprendidos, asumidos e interiorizados como propios desde la niñez. En las sociedades patriarcales, el género produce

discriminación en las relaciones de poder, siendo la mujer la más perjudicada, ya que sufre más desigualdades en lo referente a la participación.

Sin perjuicio de que existan organismos a nivel mundial que defiendan la igualdad entre hombres y mujeres, también existen movimientos feministas que ejercen presión sobre las sociedades y los gobiernos, con el fin de producir cambios.

El feminismo es definido según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) con dos entradas, la primera lo referencia como principio de igualdad de derechos de la mujer y del hombre; la segunda entrada lo define como movimiento que lucha por la realización efectiva en todos los órdenes del feminismo.

A lo largo de la historia existen no pocos acontecimientos feministas que marcaron un antes y un después, si bien es cierto que los mayores logros se consiguieron bajo la presión de huelgas de mujeres. Tres de las más significativas son las siguientes:

La de Islandia en 1975, en la que el 90% de las mujeres del país reivindicaban que la educación de los hijos y las labores del hogar, no eran exclusivas de mujeres, y una educación basada en la igualdad. Desde entonces se trabaja en la igualdad de género. Actualmente Islandia es considerado el país con menor brecha salarial de género y espera convertirse en el primer país en alcanzar la igualdad salarial en 2020. (Ossorlo, J. 2018).

En Polonia, cuatro décadas después, se siguieron los pasos de las islandesas, proponiendo una huelga inclusiva ante todas las opciones de aborto, a esta se unieron también las más conservadoras, defendiendo este derecho en casos como malformaciones, violaciones o incesto. En este caso consiguieron paralizar la propuesta de ley. (EFE, 2018).

En 2015 las mujeres argentinas tras el feminicidio de una niña de 14 años embarazada que fue asesinada y enterrada por su pareja de 16 años; se iniciaron manifestaciones en pro de la seguridad de las mujeres con el lema “NI UNA MENOS”, para que existan castigos acordes con los crímenes de feminicidio (Centenera, M. 2016). En 2016 el Ejecutivo argentino, lanza el primer Plan Nacional de Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra la Mujer. (Elordi, C. 2016).

En España, en la huelga del 8 de Marzo de este año, se reivindican algunos aspectos relacionados con el ámbito de la salud. La igualdad de género en salud es que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de bienestar y buena salud, es decir, distribución justa de recursos. (Bolúmar y Rodríguez, 2016).

Actualmente el enfoque de género en salud sigue 3 líneas:

1. La línea de salud en las mujeres, fundamentada en que las mujeres tienen unos problemas específicos que deben abordarse de manera específica, como son la menopausia, la menstruación, reproducción...
2. La línea de las desigualdades de género: cada uno de los sexos, ocupa distintas posiciones en la sociedad, lo que provoca discriminaciones entre mujeres y hombres. En esta línea se trabaja visibilizando estas desigualdades en morbilidad y promoviendo medidas para evitarlas.
3. La línea de los determinantes de género: esta línea centra su atención en los determinantes de género, marcados por los roles que cada sociedad impone a los distintos sexos; a estos determinantes se les añade otros ejes de desigualdad como la edad, la etnia o la clase social.

En la perspectiva del trabajo social, y según las competencias específicas que deben adquirir según la Universidad de Valladolid (2002), los trabajadores sociales, en su ejercicio profesional, entre otras funciones, deben facilitar: el tratamiento y resolución de problemas que producen desigualdades sociales. Desde la intervención social micro y macro se capacita a los profesionales para planificar, programar, proyectar, aplicar, coordinar y evaluar servicios y políticas sociales.

Los profesionales del trabajo social intervienen en esos niveles micro y macro con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades orientando en la toma de decisiones, fundamentadas en las necesidades, circunstancias, riesgos, opciones preferentes y recursos.

Lo que motiva esta investigación es, analizar de una forma objetiva si se producen desigualdades entre hombres y mujeres en los distintos temas reivindicados en el ámbito de la salud, con la huelga feminista del 8 de Marzo de 2018. No se intenta restar importancia a los distintos problemas, ni la gravedad de estos, si no, analizar la pertinencia de las reivindicaciones, desde el prisma de las desigualdades por sexo o género, en acceso y/o atención en salud. Entendiendo que, si se ambos sexos sufren de manera igualitaria el

mismo problema, el reivindicar y mejorar la situación de las mujeres produciría desigualdades para los hombres, por lo que se considera que la reivindicación debería abrir el abanico tanto a mujeres como a hombres y hacerse desde una perspectiva social y no solo feminista.

2. Objetivos

- Recopilar las diferentes reivindicaciones efectuadas desde distintas organizaciones y colectivos con motivo de la huelga feminista del 8 de marzo de 2018, que tengan relación con la perspectiva de salud.
- Analizar y contrastar las reivindicaciones recopiladas con datos objetivos que permitan valorar su pertinencia.

3. Metodología

En primer lugar, se efectuó una recopilación de materiales propagandísticos y divulgativos de diferentes organizaciones, como partidos políticos, sindicatos, asociaciones de diferentes colectivos adscritos a la huelga feminista convocada el 8 de marzo de 2018.

Para ello se ejecutó una búsqueda en internet, redes sociales, carteles informativos, recogida de carteles, folletos y contactos con diferentes sindicatos.

Para continuar con la primera fase de esta investigación, se seleccionaron 14 organizaciones de diferente procedencia:

1. Confederación General del trabajo. (CGT).
2. Unión General de Trabajadores. (UGT).
3. Comisiones Obreras. (CC.OO).
4. Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales. (FADEMUR).
5. Asamblea Feminista de Cádiz.
6. Trabajadoras del Periodismo y de la Comunicación.
7. Profesionales Sanitarias.
8. Educadoras y Maestras de Educación Infantil.
9. Profesionales de las Universidades, Académicas e Investigadoras.

10. Consejo General del Trabajo Social.
11. Movimiento Feminista Estudiantil.
12. Huelga Feminista de Valladolid.
13. Asociación de Gitanas Feministas por la Diversidad en Valladolid.
14. Huelga Feminista 8M de Madrid.

De cada una de ellas, se recogieron todas las reivindicaciones contempladas en sus manifiestos. Se elaboró un listado (Anexo 1), con el fin de clasificar cada una de las reivindicaciones en los ámbitos laboral, económico, social y sanitario.

De todas las reivindicaciones recogidas se hicieron dos clasificaciones:

- La primera consistía en clasificar las reivindicaciones en: sociales, laborales, económicas y sanitarias.
- La segunda ésta más relacionada con el segundo objetivo del proyecto, ya que se relacionó cada una con el ámbito de la salud en una escala de 0 a 2 donde 0 (sin relación con el ámbito de la salud), 1 (posible relación con el ámbito de la salud), 2 (relación explícita con el ámbito de la salud).

En último lugar se hizo una revisión, con documentación objetiva que permitiera hacer un análisis de las reivindicaciones clasificadas con el número 2 en la escala de relación en la salud. El fin de este análisis será conocer si existen desigualdades entre hombres y mujeres con ello su pertinencia como reivindicación feminista.

4. Resultados

4.1 Lista de reivindicaciones de salud identificadas con relación explícita en el ámbito de salud.

En total de las 14 organizaciones se recopilaron 129 reivindicaciones. De estas, después de categorizarlas en la escala utilizada, las relacionadas de forma explícita con el ámbito de la salud (2) son 17, lo que supone 13,18% sobre el total.

Los temas son los siguientes:

- Violencias ligadas al género.

- Derecho a la asistencia sanitaria.
- Fortalecimiento de los servicios públicos sanitarios.
- Salud reproductiva, aborto.
- Medicalización de la vida de las mujeres.
- Presiones estéticas. Trastornos de conducta alimentaria.
- Posibles temas olvidados en las reivindicaciones.

A continuación, se exponen los motivos de las reivindicaciones y el análisis objetivo tras la investigación de los diferentes temas.

Cada uno de los epígrafes tendrá la siguiente estructura; reivindicaciones propuestas, estado actual de cada uno de los temas y conclusiones obtenidas del análisis sobre la pertinencia como reivindicación feminista.

4.1.1 Violencias de Género:

Nos centraremos en las violencias más relacionadas con el ámbito sanitario, si bien, cabe destacar la denuncia por parte de todas las organizaciones en cuanto a violencias en todas las esferas de la vida.

En relación con las violencias en el ámbito sanitario, las reivindicaciones son las siguientes:

- Se exige un pacto contra la violencia de género dotado del presupuesto necesario para llevarse a cabo. Le piden al gobierno medidas concretas contra las violencias machistas.
- Las mujeres en situación irregular también denuncian que debido a su situación están especialmente desprotegidas frente a las violencias sexuales, ya que la denuncia de éstas, podría suponer la apertura de un expediente sancionador de extranjería.
- Se exige dotar a los profesionales sanitarios de una formación específica con perspectiva de género, con el fin de mejorar los diagnósticos y proporcionar un tratamiento correcto de las violencias machistas, garantizando la atención de sus derechos.

Estado actual:

Aunque la violencia de género es una preocupación actual en la sociedad, se visibiliza solo la punta del iceberg, es decir, las mujeres que son asesinadas, cuya incidencia se sitúa en torno a 70 mujeres asesinadas al año en España.

La violencia de género engloba gran cantidad de conductas socialmente aceptadas, y que por tanto quedan invisibles. Amnistía Internacional hace un esquema muy visual sobre estas conductas, imagen 1.

De entre las formas invisibles, mostradas en imagen 1, no existen apenas datos, son conocidos a nivel social, en este sentido, mencionar que para algunas personas no tienen aún la consideración de problemas social. Las denuncias por violencia de género englobarían las formas más explícitas.

En la actualidad se intenta reducir al menos en los medios de comunicación las formas sutiles, como el lenguaje y la publicidad sexistas.

Figura 1. Iceberg de Violencia de Género

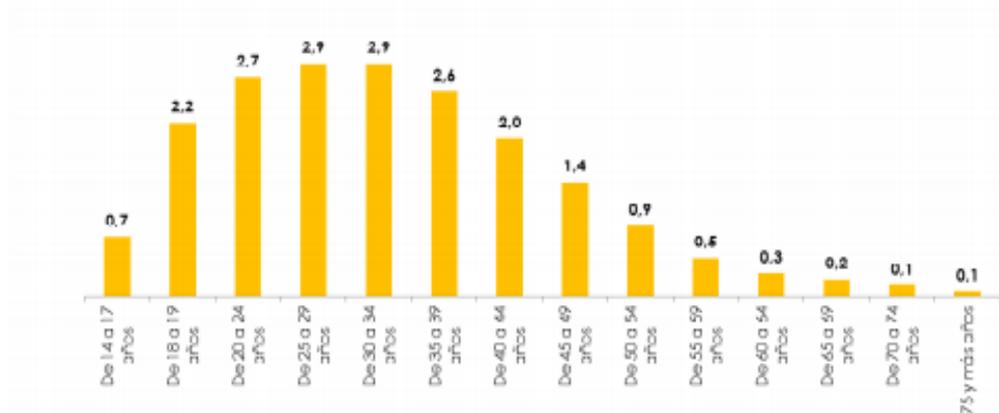


Fuente: 20 minutos, extraído de, Infografía de Amnistía Internacional.

Por edad, casi la mitad de las víctimas de violencia de género (el 48,3%) tenían entre 25 y 39 años, una cifra similar a la registrada en 2014. La edad media de las víctimas fue de 36 años, cifra similar a la del año anterior. Respecto al año anterior, el mayor

aumento del número de víctimas se dio entre las personas de 50 a 54 años y los menores de 18 años. (Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer, Cap. 14, 2015).

Figura 2: Víctimas de Violencia de Género con orden de protección o medidas cautelares por grupos de edad. Tasas por 1.000 mujeres de 14 y más (2015).



Fuente: Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer.

Violencia de género en menores de 30 años

Al analizar la violencia de género en jóvenes, se debe tener en cuenta, que el contexto en el que se encuentran es especial. Sus relaciones personales, su sexualidad, el ocio y tiempo libre y un largo etcétera, todas o casi todas ellas empapadas por la tecnología y las redes sociales, dibujan una fotografía característica.

Las órdenes de protección emitidas en 2013 fueron 32.831. A finales del mismo año, había 5.485 reclusos con delitos de violencia contra las mujeres, de los que aproximadamente el 20% (1.097) tenían entre 18 y 30 años. (Injuve, 2016)

Sancho (2018), Del total de las mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas en 2003 (71), 17 de estas mujeres se encontraban en este rango de edad, en 2015 fueron 12. Más de la mitad de las mujeres asesinadas lo han sido a manos de sus parejas o exparejas.

Según el INE las menores protegidas de sus maltratadores en España se cifran en 658, un 14 % más que el año anterior.

La Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos (Adavasymt), alertan sobre la reproducción de la violencia de género en edades cada vez más tempranas, y que las jóvenes atendidas por la asociación representan ya el 9% del total.

La consejería de Familia e Igualdad, de Valladolid, destaca que el 21% de las mujeres entre 16 y 24 años sufren violencia psicológica de control.

En Valladolid el juzgado de Menores de los 6 expedientes tramitados en 2017, cuatro de los menores fueron juzgados por delitos de violencia machista. En Castilla Y León, esta se cifra en 12.

Denuncias por violencia de género

Las denuncias por violencia de género a nivel nacional según datos del observatorio estatal de violencia de género tabla 1. Desde el año 2009 y hasta el 2014 desciende el número de denuncias por violencia de género desde 135.539 hasta 126.742 respectivamente, el número de denuncias contabilizadas en 2017 es de 166.260.

El número de denuncias por violencia de género en Valladolid es de 1.395 y el 49,26% fue por una ex relación afectiva. (Sancho, 2018).

Tabla 1: Número de denuncias por violencia de género.

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de denuncias por violencia de género	135.539	134.105	134.002	128.477	124.893	126.742	129.193	143.535	166.260

Fuente: Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

En la estadística elaborada por el INE (datos extraídos Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género, cuya titularidad corresponde al Ministerio de Justicia), por lo que se debe de tener en cuenta que la estadística es de casos en los que existen delitos o faltas. En el año 2015 en número de órdenes de protección o de medidas cautelares fue de 27.624, y las personas denunciadas por violencia de género fueron 27.562, entendiendo que las víctimas son mujeres y los denunciados son hombres. (Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer, Cap. II, 2017).

Víctimas mortales por violencia de género

Como se indica en el Iceberg de Violencia de Género, el asesinato está en la punta. La media desde los años analizados no sigue ninguna tendencia ni de aumento ni de descenso. El número total de víctimas mortales desde 2009 hasta 2017 es de 783, una media de 60 mujeres asesinadas al año, como se muestra en tabla 2.

En este caso no existe una tendencia ni de aumento ni de descenso en el número de víctimas mortales, ya que en 2008 se encuentra el pico más alto, siendo 76 las mujeres asesinadas. El año en el que se hubo menos muertes fue en 2016, en el que hubo 45 víctimas mortales.

Según datos publicados por el INE en el informe del Observatorio Nacional de Violencia de Género sobre defunciones, el número de mujeres asesinadas en España entre 2003 y 2015 fue 1.383 de 15 años o más, el 55,9% se cometieron en el ámbito de la violencia de género. En 2015 el 55% de mujeres muertas fue a manos de sus parejas o exparejas. (Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer, Cap. I, 2017).

Tabla 2: Número de Víctimas Mortales.

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de víctimas mortales	57	69	71	76	56	75	62	52	54	55	60	45	51

Fuente: Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Autorizaciones de residencia concedidas a extranjeras por ser víctimas de violencia de género.

Las mujeres extranjeras identificadas como víctimas de violencia de género, pueden solicitar una autorización de residencia por este motivo.

En tabla 3, se observa que, no existe una tendencia lineal, ya que existen grandes diferencias entre unos años y otros.

En total entre los años 2005 y el 2018 se conceden, 10.972, siendo la media 783,71, las autorizaciones concedidas.

Podemos observar que, en el año 2005, se autorizaron 2, y en el año 2012, las autorizaciones por esta causa ascendieron a 1.874 mujeres. En el 2018 este número es de 249.

Tabla 3: Número de autorizaciones de residencia concedidas a extranjeras por ser víctimas de violencia de género.

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº de autorizaciones concedidas	2	137	292	429	621	1.039	748	1.874	1.418	1.328	1.249	911	675	249

Fuente: Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género

Las mujeres inmigrantes en situación irregular, víctimas de violencia de género que denunciar serlo, al poner de manifiesto una situación irregular, no podrá iniciarse el procedimiento administrativo sancionador por encontrarse irregularmente en territorio español. Si dicho expediente estuviera abierto, la ejecución de órdenes de expulsión o de devolución, serán suspendidas. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Derechos de las inmigrantes, 2018).

Si atendemos al lugar de nacimiento y según la misma fuente, 2 de cada 3 mujeres víctimas de violencia de género habían nacido en España. en mujeres víctimas de 14 años y más, se produce un cambio, la tasa de mujeres nacidas en el extranjero supera en tres veces a las nacidas en España. (Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer, Cap. II, 2017).

Formación de los profesionales sanitarios con perspectiva de género

Desde la Huelga feminista se hacer referencia a la formación de los profesionales sanitarios con perspectiva de género.

La visión de salud desde el género es imprescindible para la implementación de nuevas políticas públicas. Para asegurar la salud como derecho humano universal, la formación de los profesionales de la salud debe incluir la perspectiva de género. De este modo, se vinculan la dimensión biológica y social con los aspectos culturales de las personas. (instituto de la mujer para la igualdad de oportunidades, 2018).

Cada vez son más los procesos de nueva implementación que están elaborados con perspectiva de género en el sistema público de salud. En este sentido, se trabajan

aspectos como la revisión exhaustiva de la lengua para garantizar un lenguaje no sexista. Otro ejemplo es la integración de contenidos formativos de forma transversal en el currículo de la etapa de grado, postgrado y especialización. También se incorporan indicadores de sexo y género. (Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2010, pp 16-19).

Conclusiones:

1. Existen miles de denuncias registradas, por tanto, las reivindicaciones relativas a violencia de género. Las víctimas de la violencia de género son las mujeres, como víctimas. La imagen 1 muestra las diferentes formas de violencia de género, aunque lo más visible es la punta del iceberg, los asesinatos, por debajo quedan las demás conductas. Se considera por tanto su pertinencia entre las reivindicaciones feministas.
2. Las mujeres extranjeras identificadas como víctimas de violencia de género quedan protegidas por el sistema de protección de forma igualitaria a las mujeres españolas, por tanto, aunque pueda considerarse una reivindicación lícita, no tendría pertinencia como casos especiales.
3. Las mujeres de 14 años y más nacidas en el extranjero, supera en 3 veces a las nacidas en España. Por tanto, por su doble situación de vulnerabilidad se debería dedicar un espacio entre las reivindicaciones de la huelga feminista.
4. Teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad que sufren las mujeres inmigrantes en situación irregular, la normativa en vigor, las protege. Por tanto, sin perjuicio de que sea una reivindicación fundada, el problema no estaría relacionado con el ámbito sanitario, sino el problema en la no identificación de estas mujeres como víctimas de violencia de género.
5. Desde la universidad y los servicios de salud, los profesionales están adquiriendo formación con perspectiva de género. Por tanto, aunque sea una reivindicación legítima, ya se está trabajando en este aspecto.

4.1.2 Derecho a la asistencia sanitaria

Las reivindicaciones recogidas en cuando a el derecho a la asistencia sanitaria son las siguientes:

- Cierre de los centros de internamiento de inmigrantes, en los cuales también existen desigualdades entre mujeres y hombres, se pide que los profesionales, en su mayoría varones adquieran una formación específica con perspectiva de género.
- Las mujeres migrantes en situación irregular no tienen cubierto el acceso a la atención sanitaria en el sistema sanitario público, o se dificulta en los casos en que se suponía garantizado, como durante el embarazo.
- En relación con las políticas fronterizas, las feministas reclaman que se garantice a las mujeres migrantes el acceso a derechos fundamentales como la sanidad, protección jurídica, acceso a bienes y recursos y a elegir sobre ellos.

Estado actual

Centros de internamiento para Extranjeros

Desde el Ministerio de Interior se facilita la siguiente información: Las personas que pretendan entrar en territorio español deben presentar en los puestos fronterizos, certificado sanitario procedente de su país de origen por los servicios médicos oportuno, o someterse a reconocimiento médico de los servicios españoles a su llegada a la frontera según el Reglamento Sanitario Internacional y los compromisos internacionales suscritos por España.

Las personas extranjeras en situación irregular internados en los CIE, desde su ingreso adquieren unos derechos como el respeto a su vida, su integridad física y salud, a facilitarle el ejercicio de sus derechos y en especial cuando sea víctima de violencia de género, de trata de seres humanos o violencia sexual en los casos en los que se trate de mujeres; también tienen derecho a recibir asistencia médica y sanitaria adecuada y ser atendido por los servicios de asistencia social del centro. Las mujeres internadas en los

CIEs tienen derecho a recibir un seguimiento especial en los casos en los que se tenga constancia que se hallan embarazadas.

En España hay 8 CIEs (5 en la península y 3 en las islas), actualmente el de Tarifa hace de apoyo al CiE de Algeciras, debido a las entradas masivas que se dan actualmente. El total de plazas es de 2.572 (2.346 para hombres y 226 para mujeres).

Orejudo, P. de Women´s Link, citada por Hierro, (2017) recoge los tipos de discriminación que suceden en los CIEs:

- Asistencia sanitaria: las mujeres no reciben el seguimiento médico adecuado, además en este aspecto el estudio recoge, que la mayor parte de los profesionales son varones no formados en género y que en muchos casos a las mujeres internas no se les trata con respeto, siendo frecuentes los malos tratos verbales.
- Menos objetos de aseo y mudas: En la mayoría de los casos las internas obtienen las compresas y tampones un día después de pedirlos, no siempre cuentan con gel de baño y no les son otorgadas la misma cantidad de ropa y mudas que a los hombres.

Ley de extranjería: fronteras y atención sanitaria para extranjeros.

Real Decreto ley 16/2012 con el objetivo básico de reducir el presupuesto estatal de Sanidad, modifica entre otros aspectos, la condición de asegurado. Los asegurados serán los trabajadores, pensionistas, perceptores de desempleo y los demandantes de empleo que hayan agotado la prestación. Por otro lado, están los beneficiarios, siendo éstos cónyuge, hijos menores de 26 a cargo, extranjeros comunitarios, y los extranjeros con permiso de residencia.

Quedan excluidos de la prestación sanitaria en dicho Decreto los mayores de 26 que no coticen y los extranjeros en situación irregular. Si quisieran acceder a dicha prestación las personas no beneficiarias deberán abonar el coste del servicio que les sea prestado.

En el momento en que se está elaborando este TFG, uno de los propósitos del nuevo gobierno es el posible retorno de la tarjeta sanitaria universal.

Conclusiones:

1. Las cifras, en cuanto a capacidad hacen evidente que los CIE están creados para hombres, por tanto, en este sentido las mujeres son las perjudicadas. La asistencia sanitaria recibida por ambos sexos es igualitaria y por tanto la reivindicación feminista no tendría pertinencia.
2. Sin perjuicio de que sea una reivindicación lícita en los manifiestos y la comisión de contenidos, no se encuentra desigualdad entre mujeres y hombres en el Real Decreto 16/2012, por tanto, no tendría pertinencia como reivindicación feminista.

4.1.3 Fortalecer los servicios públicos sanitarios.

Desde la comisión de contenidos de la Huelga feminista del 8 de marzo:

- Se hace mención a que una consecuencia de los recortes en sanidad, servicios sociales educación y dependencia, se hace a costa de su trabajo y su tiempo, ya que las personas con necesidad de cuidados específicos en la mayoría de los casos lo realizan las mujeres, lo que hace que las mujeres encargadas de esta labor tengan que renunciar a sus proyectos vitales.

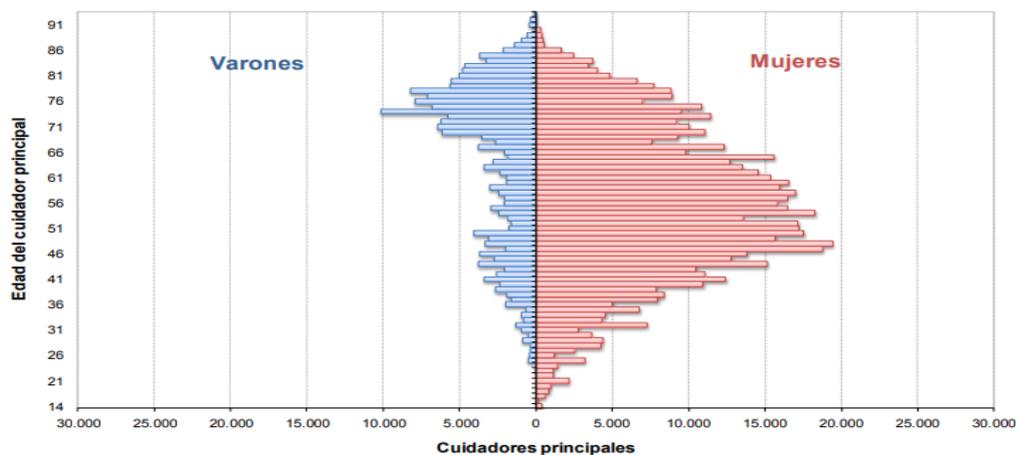
Estado actual

Cuidadores principales de población de 65 años con dependencia

En la figura 3, podremos observar que, los cuidados en la mayoría de los casos son realizados por mujeres, siendo la franja de edad mayoritaria entre los 45 y los 65 años, el pico más alto se encuentra en las mujeres de 46 a 51 siendo, llegando aproximadamente a 20.000. Las niñas y adolescentes y las mujeres de más de 85, no se hacen cargo de estos cuidados.

Los hombres que realizan estos cuidados se mantienen en menos de 5.000, casi durante toda su vida. Es a partir de los 71 años cuando se responsabilizan de los cuidados. El pico más alto está a los 76 años, ya que llega a los 10.000 cuidadores varones. (Abellán, A; Ayala, A; Puyol R., 2017, pp.25).

Figura 3: Pirámide de cuidadores principales de la población de 65 años y más años con dependencia, 2008.



fuentes: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red.

Excedencias por cuidado de familiar

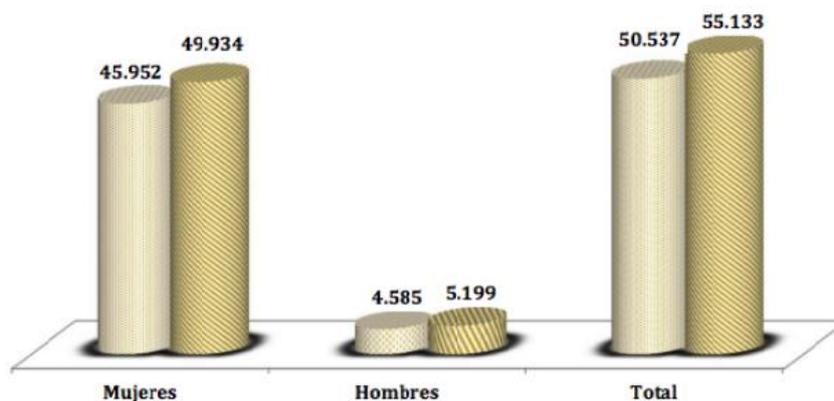
Según el ministerio de empleo, el 90,57% de las excedencias fueron solicitados por mujeres este año.

La figura 4, muestra las excedencias por cuidado de familiar en los años 2016/2017 por sexo.

En ambos años son las mujeres las que solicitan este permiso de trabajo. Cabe destacar que en el 2017 se produce un incremento en las solicitudes presentadas por hombres respecto al 2016, un 9,09% para ser exactos.

Aunque con este permiso se cotiza de forma efectiva, se produce un paro en la carrera laboral de quien la disfruta. Por lo que podemos concluir que son las mujeres las que se encargan del cuidado de los hijos y sufren las consecuencias en su trayectoria y vida laboral. (Garijo, 2018).

Figura 4: excedencias por cuidado de familiar



Fuente: Ministerio de Empleo.

En España existen 2,83 millones de empleos a tiempo parcial, Según los datos de Encuesta sobre Población Activa, (EPA) en 2016, es el 15% del total y sigue aumentando.

El 72% de los contratos a tiempo parcial son ocupados por mujeres. El 58% de mujeres que acceden a estos puestos de trabajo, reconoce que no haber encontrado un trabajo a jornada completa. En el 20% de los casos, son las mujeres las que deciden trabajar menos horas por ser las responsables del cuidado de los hijos. (Calderón, 2017).

Conclusiones:

1. Realmente las mujeres están asumiendo la carga de los cuidados tanto de las personas mayores de 65 dependientes, como de hijos.
2. Las mujeres al asumir estos cuidados, son las que comprometen sus carreras profesionales y sus proyectos vitales. Por tanto, las reivindicaciones destinadas al fortalecimiento de los servicios públicos tienen pertinencia en la huelga feminista del 8 de Marzo.

1.1.4 Salud reproductiva y aborto

Las reivindicaciones dentro de este epígrafe por parte de la huelga feminista son las siguientes:

- Desde la huelga feminista se exige que se reconozcan los derechos sexuales y reproductivos, ya que o bien no se garantizan o se ven limitados.

- Se hace mención al aborto, se pide que desaparezca del Código Penal, con el fin de que se reconozca su derecho a decidir sobre su cuerpo y su maternidad; además las mujeres de 16 y 17 años de edad, siguen necesitando del permiso de sus madres, padres o tutores para decidir sobre su maternidad y su cuerpo.
- Se pide una educación laica, que informe sin moralismos, sobre la importancia de la prevención de embarazos no deseados, las ITS y la violencia sexual.
- Se reivindica que se asuman los diferentes modelos de familia, que facilite el acceso a la reproducción asistida y la des-patologización de la transexualidad.

Estado actual

Mortalidad materna

En cuanto a salud reproductiva, y en concreto de mortalidad materna existen datos muy positivos para los países occidentales, especialmente en el caso de España, que ha visto reducida esta tasa a 5 muertes casos de muerte por cada 100.000 nacidos vivos, este dato también será relevante en el próximo apartado donde hablaremos de la medicalización de las mujeres. Fuente evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFRA, el grupo de Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. (Organización Mundial de la salud, 2015).

Edad materna:

Los datos relativos a la edad de maternidad en 2016, no son muy diferentes a los actuales, y es que es España ha ido aumentando desde los primeros datos del INE de 1975, cuya edad del primer hijo se situaba en 25,2 años, en 2016 fue de 32; España junto a Italia son los países de la Unión Europea donde las mujeres deciden ser madres más tarde, y el cuarto de la OCDE. (Jan, 2016).

Las principales razones no tienen que ver con el ámbito sanitario, sino que los motivos son la consecuencia del paro juvenil, la prolongación de los estudios o la falta de conciliación familiar y de apoyo a la maternidad, por la cual las mujeres durante un

tiempo se ven obligadas a abandonar su carrera profesional, al menos durante un periodo de tiempo.

El que las mujeres decidan ser madres a una edad más tardía, supone ciertas consecuencias, ya que cada año que pasa el quedarse embarazada es más difícil; con 25 años, las opciones por ciclo son de un 25%, con 30 es de un 22%, con 35 el porcentaje es de 12% y 40 al 5%. Los tratamientos de fertilidad por este motivo también han aumentado, siendo estos más costosos emocional y económicamente, además que existen más probabilidades de partos múltiples. El número medio de hijos por mujer en 2016 es de 1,33, en España.

En España el hecho de que las mujeres retrasen su maternidad influye en la sanidad por los tratamientos y los seguimientos, aunque no es una razón, estas como se menciona anteriormente, están relacionada con otros aspectos de la vida, como razones laborales, de conciliación familiar, prolongación de la formación o por cuestiones de elección personal.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs):

Según el informe de datos definitivos de 2016 sobre la interrupción voluntaria del embarazo, en España se registraron 93.131 interrupciones voluntarias del embarazo, lo que supone una tasa del 10,36 por cada 1.000 mujeres, tasa que desciende desde el año 2007 que se encontraba en 11,49. Ver figura 3. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). (tabla 4).

En 2016 la tasa más elevada se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años (16,72 por 1.000 mujeres de esa edad), seguida de 25 a 29 años (15,71) y 30-34 años (12,53). La tasa de IVEs en mujeres de 19 y menos años fue de 8,97 por cada 1.000.

Tabla 4: Evolución de interrupción voluntaria del embarazo, tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad.

	<u>Año de intervención</u>									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL	11,49	11,78	11,41	11,71	12,47	12,12	11,74	10,46	10,40	10,36
19 y menos años	13,79	13,48	12,74	13,05	13,68	13,02	12,23	9,92	9,38	8,97
20-24 años	20,65	21,05	20,08	20,22	21,37	20,55	19,43	16,56	16,67	16,72
25-29 años	15,57	16,49	16,02	16,57	17,75	17,58	16,84	15,34	15,21	15,41
30-34 años	11,07	11,63	11,63	12,29	13,40	13,40	13,42	12,33	12,50	12,53
35-39 años	7,67	7,97	8,05	8,42	9,26	9,00	9,22	8,65	8,79	8,89
40 y más años	3,25	3,30	3,36	3,58	3,87	3,90	3,92	3,83	3,80	3,80

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La actual Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo de julio de 2010, deja libertad hasta las 14 semanas para dicha interrupción.

La mayor parte de las interrupciones voluntarias se produjeron ese periodo de tiempo, el 89,67% a petición de la mujer, y un 10,33% de los casos fue por una grave anomalía del feto incompatible con la vida o grave riesgo para la salud de la madre. (Danielle, 2017).

El perfil de la mujer es de una joven entre 20 y 29 años (32,13%), en pareja (28,69%), con la ESO (38,21%), trabajadora por cuenta ajena (51,79%), sin hijos (45,66%) y sin abortos previos (62,45%).

La distribución de centros públicos/privados, el 88,27%, se realizaron en centros privados y el resto en centros públicos. Existe una diferenciación entre las distintas comunidades autónomas, en gran parte de ellas la intervención se realiza de forma casi exclusiva en el ámbito privado, aunque sean derivados de la sanidad pública.

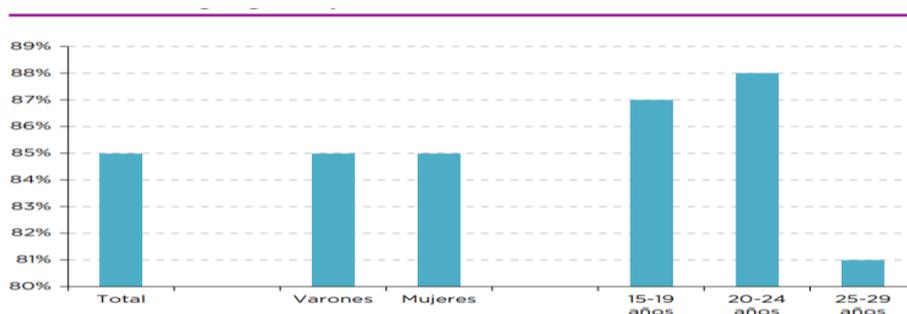
En Castilla y León por ejemplo de las 2.490 mujeres que se sometieron al proceso, 2.476 lo hicieron en centros privados. En Castilla la Mancha y Extremadura, las residentes en su totalidad son derivadas a centros privados.

Embarazo adolescente/ inicio de relaciones sexuales

El Informe de Juventud, (2016) advierte que, la edad de inicio en las relaciones sexuales desciende con los años, observándose una diferencia de pocos meses entre ambos sexos. Al comparar lo que sucede entre los distintos grupos de edad, la edad de inicio desciende con la edad. El 60% de los y las jóvenes adolescentes dice haber tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.

Las autoridades y la sociedad en general, ha asumido que la educación sexual y la información en los jóvenes es uno de los mejores métodos de prevención, de este modo estos, los jóvenes, tomarán sus decisiones en base al conocimiento de los métodos anticonceptivos existentes, y así se podrán evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Figura 4: Grado de utilización de métodos anticonceptivos o de profilaxis la última vez que han mantenido relaciones sexuales completas según género y edad.



Fuente: Informe de juventud 2016.

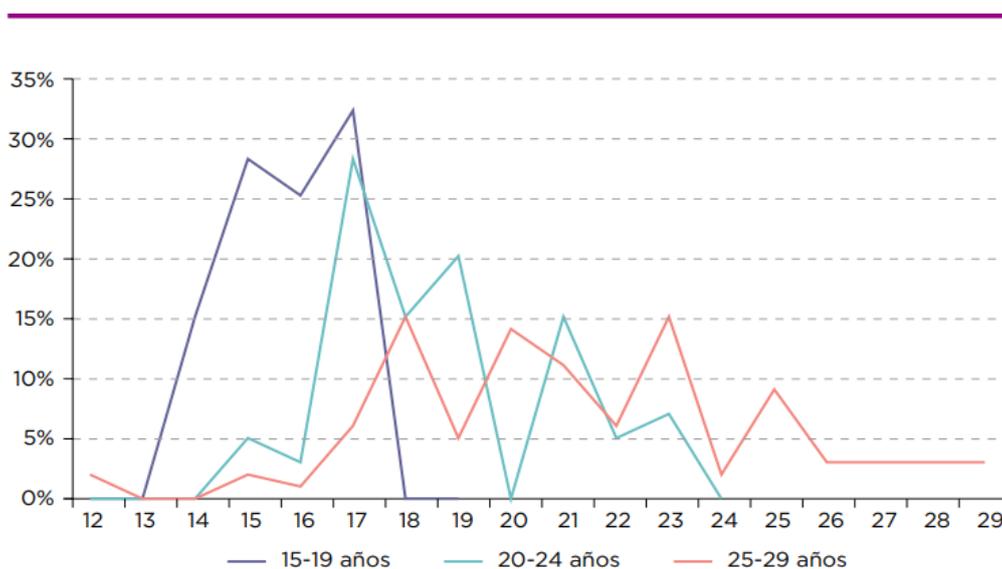
Los jóvenes de 25-29 años usan menos anticonceptivos, aunque esto podría achacarse a que puedan mantener relaciones de pareja más estable.

Los participantes en la investigación, al ser preguntados sobre cuál es el método que más utilizan, entre los más jóvenes utilizan el preservativo, ya que es menos costoso, al igual que los jóvenes más dependientes, por lo que la clase social a la que se pertenece influye en el método utilizado. En este sentido, se hace hincapié en que a medida que los jóvenes se hacen más independientes de sus núcleos familiares, el método anticonceptivo utilizado es la píldora anticonceptiva, de este modo recae el peso sobre las jóvenes y ellos se despreocupan.

La clase social y la religión influye tanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales como en el método anticonceptivo utilizado, los y las jóvenes de clases sociales más altas tienen su primera relación sexual más tarde que las y los jóvenes de clases sociales más bajas. Según las creencias religiosas el método más utilizado es el preservativo, aunque los creyentes no practicantes también suelen usar la píldora anticonceptiva.

El estudio aborda la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos, y es aquí donde se denotan las diferencias, los más jóvenes al ser preguntados por las relaciones en las que no usaron preservativos no aluden a ninguna circunstancia, por lo que se puede intuir que no siempre usan protección, en el caso de los jóvenes de 20 años en adelante aluden a otros métodos o prácticas.

Figura 5: Distribución de las edades a las que se tuvo el primer embarazo no deseado, según grupo de edad.



Fuente: Informe de Juventud en España 2016.

Los embarazos no deseados afectan por igual a jóvenes, sin haber distinción entre las distintas creencias religiosas. Estos embarazos se producen con mayor frecuencia en mujeres con autonomía e independencia económica.

De las jóvenes que se han quedado embarazadas contra su deseo, el 3% lo ha hecho antes de cumplir los 15 años, el 24% entre los 15 y 17 años, el 31% entre 18 y 20 años y el 38% con más de 20 años. La edad media a la que las adolescentes y jóvenes tienen un embarazo no deseado se aproxima a los 20 años.

Se debe tener en cuenta que, si los jóvenes tienen antes relaciones sexuales, la mayor parte de los embarazos no deseados se producen cuando las mujeres tienen entre 15 y 19 años. Cabe destacar que embarazo no deseado, no significa que no se continuado hasta el nacimiento.

Se debe mantener una prevención basada en la información para los y las jóvenes, pero debido a su edad de inicio en, se debe ofrecer esta información desde edades más tempranas. Además de ofrecer espacios donde estos puedan ir en busca métodos anticonceptivos, pues queda evidenciado que el precio de los preservativos para más jóvenes es uno de las razones por las que no los usan.

Infecciones de transmisión sexual

Otro de los temas recurrentes en cuanto a salud reproductiva son sin duda la morbilidad por Infecciones de Transmisión Sexual, un problema de salud pública por su magnitud y sus complicaciones de no tener un diagnóstico y tratamiento precoz. La información en España sobre estas enfermedades se obtiene del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM). Los datos muestran mayor afectación en hombres que en mujeres. Desde la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, en concreto desde el Centro Nacional de Epidemiología, (2015), se desglosan los siguientes datos:

Infección gonocócica: Descenso de casos hasta 2001, a partir de dicho año, el número de casos se va incrementando hasta el 2015. La fuente advierte que el 88% de los casos diagnosticados fueron varones, la razón hombre/mujer fue de un 7,4, y la mediana de edad al diagnóstico fue de 30 años.

Sífilis: Al igual que en el caso de las infecciones gonocócica, se observa un descenso de los casos hasta el año 2001, aunque más leve, a partir de la fecha la cifra de casos va en aumento. El 87% de los casos diagnosticados fueron de varones con una razón de 6,7 de hombres respecto a las mujeres. La mediana de edad para la sífilis es de 36 años.

Clamidia: en el caso de la Clamidia se analiza el año 2015 y los datos están segregados por edad y sexo. Esta infección se diagnostica más en mujeres que en hombres con un porcentaje del 57,1%. La razón hombre/mujer fue del 0,8 y la mediana de edad fue de 28 años. (figura 5).

Tabla 4: Clamidia, Número de casos y porcentaje de infección por C. trachomatis por edad y sexo, 2015

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N%	
< 15 años	1 (0,1%)	9 (0,4%)	10 (0,3%)
15-19 años	59 (3,9%)	333 (16,4%)	392 (11,0%)
20-24 años	298 (19,6%)	574 (28,3%)	872 (24,6%)
25-34 años	655(43,0%)	699 (34,5%)	1.354 (38,2%)
35-44 años	395 (25,9%)	302 (14,9%)	697 (19,6%)
45 o más años	116 (7,6%)	108 (5,3%)	224 (6,3%)
TOTAL	1.524 (100%)	2.025 (100%)	3.549 (100%)

Fuente: Dirección General De Salud Pública, Calidad E Innovación Centro Nacional De Epidemiología.

VIH: Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2016.

Se estima que en 2016 año se diagnosticaron en España 595 casos de VIH. El 80,7% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 43 años siendo similar en hombres y mujeres.

El porcentaje de personas contagiadas por relaciones heterosexuales es de 34,4%, siendo más elevado el número de hombres que de mujeres, siendo el 74% de los diagnósticos de SIDA. La transmisión de VIH en hombres que tienen relaciones con hombres es de 33,2% de todos los casos y el 41,1% de los que afectan a hombres.

El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2015 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 13,7%.

El hecho de que haya más contagios en hombres que en mujeres puede deberse al desconocimiento y que son las mujeres las que puedan quedarse embarazadas.

Despatologización de la transexualidad

Durante la elaboración de este proyecto, desaparece la incongruencia de género como enfermedad mental. Se deja dentro de las disfunciones sexuales, es decir, ya no será considerado como un trastorno psicológico, si no, que es una cuestión física, una falta de adecuación del cuerpo al género que siente la persona.

En España hasta ahora, era necesario el diagnóstico psicológico para iniciar el proceso médico. Esto quiere decir, que, para iniciar este proceso, debía declararse enfermo. (De Benito, 2018).

La Ley establecía un periodo obligatorio de tratamiento de dos años. Concluyente en un informe médico que certificara disforia de género. Tras completar este proceso, era posible solicitar el cambio de nombre y sexo en el registro civil. En 2017 se llevó una propuesta de ley al congreso con el fin de modificar este proceso, pero fue rechazada en el congreso. (La Marea, 2017).

Se está contemplando el cambio de este proceso por parte del nuevo gobierno en un futuro próximo.

Conclusiones:

1. La mortalidad materna en España, tiene una de las cifras más bajas a nivel mundial, sin perjuicio de que los 5 casos de muerte por cada 100.000 nacidos, pueda erradicarse por completo, este campo de salud de reproductiva quedaría fuera de las reivindicaciones feministas.
2. Ante el análisis de los datos, se da constancia de que existen más hombres que mujeres contagiados por enfermedades de transmisión sexual, excepto en el caso de la clamidia, ya que se diagnostican más mujeres que hombres. Por tanto, aunque sea una reivindicación legítima no cabe como feminista, queda constatado que en este caso existen más hombres que mujeres diagnosticados con ITS.
3. La interrupción voluntaria del embarazo, siempre y cuando se dé dentro del plazo legal establecido, no tienen ningún inconveniente. Por tanto y aunque sea una reivindicación legítima, no tiene pertinencia como reivindicación feminista.

4. En el caso de las menores de edad, la interrupción voluntaria del embarazo, por imposición legal debe ir acompañada de autorización del padre, madre o tutor legal. No obstante, los datos señalan que, la edad de inicio en las relaciones sexuales por parte de los menores es cada vez más temprana. Por tanto, en este sentido la reivindicación tendría pertinencia en cuanto a asumir una prevención en estas edades.
5. Durante la elaboración de este proyecto se produce un cambio, la transexualidad deja de considerarse una enfermedad mental, por tanto, esta reivindicación sería una de los logros de la manifestación feminista.

4.1.5 Medicalización de la vida de las mujeres.

La comisión de contenido de la Huelga Feminista del 8M, pone de manifiesto:

- La medicalización y patologización de sus cuerpos, haciendo intervenciones médicas o farmacológicas innecesarias o excesivas sin justificación. Advierte que sus procesos vitales se ven como problemas y no como procesos naturales, por ejemplo, la menstruación, la menopausia o la propia vejez.
- Se somete a las mujeres al embarazo al parto y a violencia obstétrica.
- Se reivindica contemplar la salud de la mujer desde un enfoque integral y androcéntrico, que incluya una dimensión biológica, psicológica y social, de género y no medicalizada.

Estado actual

Entre los casos de “Medicalización de los procesos fisiológicos normales de las mujeres” destaca el uso generalizado, durante largo tiempo, de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres tras la menopausia sin evidencias suficientes sobre los riesgos y los beneficios que podían obtenerse del tratamiento. Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que los estrógenos no protegen de las enfermedades coronarias. Si bien es cierto que los estrógenos protegen a estas mujeres de las fracturas osteoporóticas,

son factor de riesgo de accidentes cerebrovasculares, episodios tromboembólicos y posibles cánceres ginecológicos. (Lasheras, M^o.L; Pires, M; Rodríguez, M^o. 2003 pp34-35).

La violencia obstétrica puede definirse como “la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. (Observatorio de la Violencia obstétrica).

Los autores destacan la utilización generalizada de la práctica de episiotomía de forma rutinaria en todos los partos vaginales, o la práctica indiscriminada de cesáreas, así como, en general, todos los procesos de atención al embarazo, parto y puerperio de forma deshumanizada. (Lasheras, M^o.L; Pires, M; Rodríguez, M^o. 2003 pp34-35).

Existen experiencias y relatos de mujeres que describen episodios de violencia obstétrica pero no existen datos epidemiológicos fiables sobre la incidencia de violencia obstétrica en España. Existe una Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. En su desarrollo se elaboró una Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Atención al Parto Normal, accesible en que pretende dar respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en torno a la atención que debe ofrecerse desde los servicios sanitarios en la atención de un proceso fisiológico que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, los recién nacidos y la familia. Y en ella se presenta la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan. (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2010).

Investigación con enfoque androcéntrico.

Existen diferencias de morbilidad y mortalidad entre la mujer y el hombre, pero la mayoría de enfermedades que afectan a la mujer no han sido estudiadas con el mismo rigor que las del hombre. La razón es sencilla, pero escasamente conocida. La mayoría de las investigaciones, tanto de enfermedades como de fisiopatologías, han contado,

exclusivamente, con el hombre como sujeto. Por tanto, resulta de lo más lógico que tales estudios no puedan generalizarse para la mujer. (Valls, 1997).

Conclusiones:

1. En cuanto a la reivindicación relativa a la medicalización de los procesos vitales de la mujer, tiene pertinencia puesto que se prueba que, medicamentos como los estrógenos, les hacen más vulnerables a padecer otras enfermedades.
2. Existen guías de atención al parto que permiten dar un servicio de calidad y calidez, además como se advierte en el epígrafe anterior, la mortalidad materna en España se encuentra entre las más bajas del mundo. Por tanto, y sin perjuicio de que la atención pueda mejorarse, no parece que la reivindicación tenga pertinencia, ya que se está trabajando en este campo.
3. Las investigaciones con enfoque androcéntrico son realizadas por hombres, por lo que las particularidades de morbilidad y mortalidad de las mujeres no adquieren la relevancia que deberían tener. Por tanto, cabe su pertinencia como reivindicación feminista.

1.1.4 Presiones estéticas. Trastornos de conducta alimentaria.

Desde los manifiestos feministas se hace referencia a estos aspectos en cuanto a presiones estéticas:

- Se imponen cuerpos imposibles, el canon estético exigido en muchos casos hace peligrar la salud de muchas mujeres, pueden provocar trastornos de conducta alimentaria; anula la diversidad, anula las formas de ser y de estar en el mundo y provoca mucho sufrimiento.

Estado actual

Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no tipificado. Estos tipos de trastorno se caracterizan por una perturbación grave del hábito alimentario, además de una distorsión cognitiva de la figura y el peso.

Uno de los factores de riesgo es ser mujer, siendo la razón de 1 hombre por cada 10 mujeres. otro de los factores de riesgo es la edad. En los últimos años se observa una incidencia de 270 casos de anorexia nerviosa por cada 100.000 en mujeres; y 300 casos de bulimia nerviosa en mujeres de 15- 19 años por cada 100.000.

El estar expuesto a comentarios críticos sobre el peso y la figura, suponen también un factor de riesgo sociocultural. Las redes sociales, los medios de comunicación, revistas... promocionan un modelo estético de delgadez, además de incluir publicidad sobre dietas para perder peso. (Bes-Rastrollo, M; Martín-Calvo, N; Martínez-Gonzalez, M.Á, 2016)

En España no se han realizado estudios de trastornos de la conducta alimentaria hasta los años 90. Las tasas de prevalencia son similares a las de otros países desarrollados.

Un estudio sobre los trastornos de la conducta alimentaria realizado por la revista Mexicana de trastornos alimentarios, cuyo objetivo era revisar los trabajos realizados sobre este tema en las últimas décadas, obtuvieron los siguientes resultados:

Las cifras de prevalencia son similares a las de otros países desarrollados, en torno al 1-3% de los jóvenes de ambos sexos. Cifra que aumenta al 4-5% en mujeres adolescentes.

Conclusiones:

1. Por tanto, los datos analizados evidencian que las presiones estéticas, afectan más a las mujeres que a los hombres. Se justifica la reivindicación en la huelga feminista del 8 de marzo.
2. Los factores de riesgo para sufrir alguno de los tipos de trastornos de la conducta alimentaria son: el sexo (mujer) y la edad (15-22 años).

Enfermedades autoinmunes

Varias enfermedades del sistema inmunológico son más frecuentes entre las mujeres. La pérdida de estrógenos y progesterona parece jugar un importante papel en la patogénesis de enfermedades. La frecuencia mujer/hombre de algunas de ellas presentan los siguientes cocientes: artritis reumatoide 3/1, lupus eritematoso sistémico 9/1, esclerosis sistémica 3/1, enfermedad conectiva mixta 8/2, síndrome de Sjögren 9/1 y espondilitis anquilosante 3/1.

También se pueden apreciar múltiples afecciones endocrinológicas de origen autoinmune con una frecuencia mujer/hombre de hasta 50 a 1. Entre ellas figuran la enfermedad de Graves con hipertiroidismo, la tiroiditis con las consecuencias clínicas de hipo e hipertiroidismo.

Osteoartritis y Osteoporosis

La prevalencia de osteoartritis corresponde a un 30% de la población entre 40 y 65 años, en un cociente mujer/hombre de 2/1. En personas mayores de 65, la osteoartritis incide tres veces más en mujeres que en hombres. El riesgo de padecer osteoporosis entre postmenopáusicas es mucho mayor que entre hombres de la misma edad. En los países del norte de Europa, por ejemplo, afecta al 30% de las mujeres.

Trastornos Psicológicos

La depresión y los trastornos de ansiedad se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en una relación de 2 a 1.

Las causas que diferencian tan drásticamente las frecuencias siguen permaneciendo invisibles. El sesgo de género provoca que los facultativos sean más proclives a diagnosticar trastornos de ansiedad a las mujeres. Así es respecto a gran parte de la práctica médica, pero también es cierto que los factores sociales influyen en la mayor prevalencia de trastornos psicológicos entre mujeres. Entre ellos, hay que destacar los efectos de la doble jornada, una continuada demanda de trabajo y atención, la nociva distorsión del ideal de belleza occidental y una educación sexista basada en la sumisión y dependencia. Junto a la sesgada atención sanitaria y a los factores sociales también se encuentran varios fenómenos biológicos. El control del apetito, la saciedad o el equilibrio emocional se activan a través de receptores de estradiol y progesterona situados en el

sistema límbico e hipotálamo, por lo que cualquier alteración influye en el cerebro y, por tanto, en el comportamiento.

Morbilidad invisible

La “morbilidad invisible” es una expresión que designa los cambios de nivel en vitaminas, minerales y hormonas en sangre. Los cambios que inducen los trastornos menstruales y que producen síntomas psicosomáticos engañosos, también aludidos como problemas subclínicos. Antes de que la mujer llegue a los 50 años, la deficiencia en hierro o ferropenia se manifiesta como la morbilidad invisible más prevalente o notoria.

Conclusiones:

1. Existe evidencia de que hay enfermedades que afectan de distinta forma y con mayor incidencia a las mujeres que los hombres. Por tanto, cabría la pertinencia de dicha reivindicación en la huelga feminista del 8 de marzo.

4. Conclusiones

Tras el análisis se pueden concluir:

1. La huelga feminista del 8 de Marzo incluyó entre sus reivindicaciones algunas relacionadas con la salud, en particular en los ámbitos de:
 - Violencias ligadas al género.
 - Derecho a la asistencia sanitaria.
 - Fortalecer los servicios públicos sanitarios.
 - Salud reproductiva, aborto.
 - Medicalización de la vida de las mujeres.
 - Presiones estéticas. Trastornos de conducta alimentaria.
2. Se consideran especialmente pertinentes las reivindicaciones de violencia de género, el fortalecimiento de los servicios públicos sanitarios que

suponen más carga para la vida de las mujeres, salud reproductiva en edad de inicio en las relaciones sexuales y despatologización de la transexualidad, medicalización de la vida de las mujeres y en presiones estéticas en cuanto a trastornos de la conducta alimentaria. Además de los posibles temas olvidados.

3. No se consideran pertinentes las reivindicaciones feministas, en cuanto a desigualdades producidas entre hombres y mujeres, aunque si mejorables en el ámbito de salud: la realización de investigaciones con enfoque androcéntrico, la violencia de género en mujeres extranjeras identificadas como tal, salud reproductiva en mortalidad materna, aborto, infecciones de transmisión sexual, interrupción voluntaria del embarazo y violencia obstétrica y la atención sanitaria para personas extranjeras e internadas en los CIEs,
4. Desde el punto de vista del trabajo social, el análisis de la pertinencia de las reivindicaciones permite priorizar aquellas actuaciones más necesarias para evitar inquietudes en salud de las mujeres.

5. Bibliografía

Abellán, Antonio; Ayala, Alba; Puyol, Rogelio (2017). “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes de envejecimiento en red, nº 15. Pp 25. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017]. (grafico de cuidadores).

Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida; 2017. Recuperado de: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS 1995 2015 def.pdf>

Bes-Rastrollo, M; Martín-Calvo, N; Martínez-Gonzalez, M.Á, (2016) Epidemiología y Prevención del Sobrepeso, Obesidad y los Trastornos de Comportamiento Alimentario. Piédrola Gil Medicina Preventiva y Salud Pública (pp393-394). Barcelona Elsevier Masson

Bolúmar y Rodríguez (2016). La Salud de las Mujeres. En Elsevier España S.L.U, Piédrola Gil Medicina Preventiva y Salud Pública (pp 932-945). Barcelona Elsevier Masson

Calderón, I. (23 de Febrero de 2017). El empleo a tiempo parcial en España, cuestión de sexo: el 72% de los puestos son ocupados por mujeres. el Economista.es. Recuperado de: <http://www.economista.es/empleo/noticias/8175661/02/17/El-empleo-a-tiempo-parcial-en-Espana-cuestion-de-sexo-el-72-de-los-puestos-están-ocupados-por-mujeres-.html>

Centenera, M. (1 de Abril 2016), Una mujer es asesinada cada 30 horas en Argentina por la violencia machista. El País Internacional. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2016/03/31/argentina/1459457396_981225.html

Danielle, L. (30 de Diciembre de 2017). Desciende por quinto año consecutivo el número abortos en España. ABC. Recuperado de: https://www.abc.es/sociedad/abci-desciende-ligeramente-numero-abortos-espana-201712291630_noticia.html

De Benito, E. (19 de Junio de 2018). La OMS saca la transexualidad de la lista de enfermedades mentales. El País. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2018/06/18/actualidad/1529346704_000097.html

Ojete, Doctor: Cuenta de clave humorística situaciones cotidianas en el sistema sanitario. @doctorojete. Recuperado de: <http://urgenciasyemergen.blogspot.com/2017/08/que-le-pasa-puri.html>

EFE, (23 de Marzo de 2018), Manifestaciones contra el plan de Gobierno polaco para restringir el aborto. Agencia EFE. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/manifestacion-contra-el-plan-del-gobierno-polaco-para-restringir-aborto/10004-3562981>

Elordí, C. (20 de Octubre de 2016), Argentina se moviliza contra los más de 200 asesinatos de mujeres anuales. El País Internacional. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2016/10/19/argentina/1476905030_430567.html

Facultad de Educación y Trabajo Social, (2 de Enero de 2012) Competencias Generales Y Específicas del Título de Grado en Trabajo Social que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, exigibles para otorgar el título. Valladolid, Universidad de Valladolid. Recuperado de http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformati_vagrados/ documentos/trabajosocialva_competencias.pdf

Fernández-Crehuet, Joaquín; Martínez-González, Miguel Ángel; de Irala, Jokin; Toledo, Estefanía A; Ruíz-Canela, Miguel (2016). La Salud y sus Determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública. En Elsevier España S.L.U, Piédrola Gil Medicina Preventiva y Salud Pública. (pp 3-14). Barcelona. Elsevier Masson.

Garijo, M. (30 de Enero de 2018). Excedencias para cuidar a familiares: el 90% las piden mujeres. BUSINESS INSIDER. Recuperado de :

<https://www.businessinsider.es/excedencias-cuidar-familiares-90-piden-mujeres-187682>

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria Gasteiz. Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

Hierro, L. (1 de Agosto de 2017). Mujeres en los CIE: más y más discriminación. El País. Recuperado de:

https://elpais.com/elpais/2017/07/12/migrados/1499874200_533459.html

Jan, C. (16 de Junio de 2016). Madres cada vez más mayores y con menos hijos. El País. Recuperado de:

https://politica.elpais.com/politica/2016/05/30/actualidad/1464609168_473855.html

Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía. (2010). Integración del Enfoque de Género en los Procesos de Formación del SSPA. Recuperado de:

https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/galerias/descarga_documentacion_referencia/enfoque_genero.pdf

La marea. (30 de Noviembre de 2017). Otro paso para la despatologización de la transexualidad con el PP en contra. La Marea. Recuperado de:

<https://www.lamarea.com/2017/11/30/101953/>

Lasheras, M^o.L; Pires, M; Rodríguez, M^o. Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer
Módulo 3. Recuperado de:

https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/institutodelamujer/ugen/mats_docs

Mármol, Charo. (24 de Marzo de 2016), Hasta nunca un relato sobre el Iceberg de la violencia. 20 Minutos. Recuperado de <https://blogs.20minutos.es/mas-de-la-mitad/tag/iceberg-de-la-violencia-de-genero/>

Ministerio de Interior. Servicios al ciudadano. Centro de Internamiento de Extranjeros. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/extranjeria/regimen-general/centro-de-internamiento-de-extranjeros>.

Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. Portal Estadístico, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Recuperado de <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Instituto de la Mujer para la Igualdad de Oportunidades. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/formacion/home.htm>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Estadística de violencia doméstica y violencia de género, año 2015 (Cap. II). Recuperado de Informes anuales del observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/cap/Principales_Resultados.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2017). Interrupción Voluntarias del Embarazo, Datos definitivos correspondientes al año 2016. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2016.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Derechos de las inmigrantes. Recuperado de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/ca/informacionUtil/extranjeras/derechos/home.htm>

Ministerio de Sanidad. (2017). Estadística de violencia doméstica y violencia de género, año 2015 (Cap. 14). Recuperado de Informes anuales del observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/IX_Informe2015_Capitulos.htm

Ossorlo, J. (7 de Marzo de 2018), La huelga feminista que paralizó Islandia en 1975 y abrió el camino de la igualdad. El Español. Recuperado de https://www.elespanol.com/mundo/europa/20180307/huelga-feminista-paralizo-islandia-abrio-camino-igualdad/290222125_0.html

Real Academia Española. (2014). Disquisición. En Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=disquisici%F3n&origen=REDLE>

Real Decreto Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones (Real Decreto Ley 16/2012, 20 de abril). Boletín Oficial del Estado, nº 125, 2012, 25 Mayo.

Sancho, L. (4 de Junio de 2018), Cuatro condenados por violencia de machista en 2017 en Valladolid tenían menos de 17 años. El Norte de Castilla. Recuperado de <https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/cuatro-condenados-violencia-20180604191058-nt.html>

Valls, C. (Mayo, 1997). Distintas maneras de vivir y de enfermar. *Mujeres y Salud*. Sumario nº 1, Dossier 1. Recuperado de: http://matriz.net/mys01/01_5.htm

6. Anexos

Anexo 1. Listado de reivindicaciones:

ENTIDAD	Nº	REIVINDICACIONES	CLASIF.	REL. SALUD
CGT	1	Acabar con la desigualdad en el ámbito laboral, económico y social de las mujeres respecto a los hombres.	LABORAL/ ECONÓMICO/ SOCIAL	1
	2	Poner fin a la desigualdad constatada de la división sexual del trabajo en este sistema capitalista y patriarcal.	CULTURAL/ LABORAL	0
	3	La retirada de las políticas, leyes y actuaciones del capital que conllevan la discriminación y desigual oportunidad en el acceso al empleo y la promoción profesional de las mujeres en el fomento de medidas efectivas para la disminución de la mayor tasa de paro femenino.	LABORAL	0
	4	La adopción de medidas concretas e inmediatas que acaben con la brecha salarial y la desigualdad de las pensiones.	SOCIAL	1
	5	Modificar los estereotipos de género y la persistencia de los valores masculinos en las estructuras de las organizaciones.	CULTURAL/ SOCIAL	1
	6	Control sobre las implantaciones de los Planes de Igualdad en las empresas.	LABORAL	0
	7	La erradicación del persistente acoso sexual laboral, la precariedad laboral, temporalidad y la alta tasa de contratos con jornadas parciales que sufren las mujeres.	LABORAL	1
	8	El establecimiento de políticas laborales sociales y económicas que hagan efectivas la conciliación real de la vida familiar, laboral y personal, así como la corresponsabilidad en los cuidados.(recortes en sanidad...)	SANITARIA/ SOCIAL/ LABORAL	2
	9	Consideración de las tareas de cuidados como trabajo con derecho a remuneración y a sus prestaciones contributivas independientes.	LABORAL	1
	10	La equiparación efectiva y real de las Empleadas del Hogar al régimen general.	LABORAL, ECONÓMICO	0
	11	La exigencia al gobierno de medidas concretas y efectivas contra las violencias machistas.	SANITARIA/ SOCIAL	2
	12	La igualdad material efectiva de las mujeres migrantes y refugiadas . (susceptibles para la trata, explotación sexual...), no derecho a asistencia sanitaria (situación irregular).	SANITARIA/ SOCIAL/ LABORAL	2

UGT Y CC.OO	13	Avanzar en la eliminación de las <u>violencias machistas</u> , garantizando el estricto cumplimiento del <u>compromiso económico, seguimiento y evaluación de las medidas acordadas en el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género.</u>	SANITARIO/ SOCIAL	2
	14	Impulsar el Diálogo Social y la Negociación Colectiva, <u>incrementar las políticas activas de empleo</u> , exigir planes de igualdad en todas las empresas obligadas por ley y establecer <u>medidas de acción positiva</u> , imprescindibles para <u>combatir las brechas de género en el empleo</u> , avanzar en la <u>conciliación</u> y corresponsabilidad y eliminar las desigualdades en la protección social.	ECONÓMICO, SOCIAL, CUTURAL, LABORAL	0
	15	Incrementar los recursos técnicos y humanos de la inspección de trabajo, y mejorar los criterios de vigilancia y control del cumplimiento de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el ámbito laboral.	SOCIAL, LABORAL	0
	16	Activar <u>políticas y medidas efectivas</u> de corresponsabilidad, para que los cuidados se repartan equitativamente entre mujeres y hombres, la sociedad y el Estado , como la aprobación de la 5ª semana del permiso de paternidad, postergada por el Gobierno o la retribución de las excedencias por cuidado familiar, en línea con las propuestas aprobadas por la Comisión Europea en 2017.	ECONÓMICO, SOCIAL, CUTURAL, LABORAL	1
	17	<u>Fortalecer los Servicios públicos, especialmente en Educación, Sanidad y Servicios Sociales</u> , impulsando un modelo educativo igualitarios que combata los estereotipos sexistas, así, como garantizar las infraestructuras públicas necesarias para la <u>atención a mayores, personas dependientes y menores, especialmente de 0 a 3 años.</u>	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	2
	18	Promover una ley para la <u>igualdad salarial</u> , y avanzar en la <u>representación</u> paritaria en los <u>distintos órganos de representación y decisión del conjunto de estructuras sociales y económicas</u> de las sociedad española.	ECONÓMICO, SOCIAL, CUTURAL, LABORAL	0
	19	La ratificación del <u>Convenio 189 de la OIT</u> , sobre el trabajo digno de las <u>trabajadoras en el hogar</u> , así como la promoción activa, desde la representación de España en la OIT, de la <u>aprobación de un Convenio Internacional contra la Violencia de Género en el lugar de trabajo.</u>	ECONÓMICO, SOCIAL, CUTURAL, LABORAL	1
FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MUJERES RURALES (FADEMUR)	20	<u>Las mujeres rurales tenemos escasas oportunidades laborales en el medio rural.</u> La tasa de desempleo que sufren las mujeres en los pueblos es del 42,8%. Esta cifra de paro de las mujeres rurales es más de siete puntos superior a la tasa media nacional, e incluso casi cuatro puntos más que la tasa media de desempleo de las mujeres de toda España.	LABORAL, CUTURAL	0

21	La presencia de mujeres en cargos de responsabilidad del medio rural es injustamente escasa. En los consejos rectores de las cooperativas agropecuarias, por ejemplo, solo el 3,5% de sus integrantes son mujeres, mientras que en su base social las mujeres representan el 25%	CULTURAL, LABORAL	0
22	La invisibilidad del trabajo de las mujeres en explotaciones agropecuarias es reconocidamente abrumadora. Por ello, en 2011 se publicó la Ley de Titularidad Compartida que, debido a la apatía con la que se ha tratado desde los Gobiernos, sigue sin ser una realidad más allá del papel. Así lo demuestra que, siete años después, todavía existen dos Comunidades Autónomas (Andalucía y Madrid) sin un registro para las explotaciones en este régimen y que en el resto de Comunidades, las trabas o la inacción impuesta desde las Administraciones estén impidiendo que las mujeres agricultoras y ganaderas ejerzan sus derechos.	CULTURAL, LABORAL	0
23	Las trabajadoras por cuenta ajena también sufren en el medio rural una brecha salarial en comparación con los hombres. Una desigualdad que las convierte a ellas en habitantes de segunda categoría y que lastra la promoción social y económica de la mitad de la población.	LABORAL, ECONÓMICA, CULTURAL	0
24	Debido a las escasas oportunidades que tienen las mujeres de trabajar por cuenta ajena en los pueblos, la mayoría debe auto gestionar su futuro laboral emprendiendo su propio proyecto. Para ello, las emprendedoras rurales necesitan conectarse al mundo en las mismas condiciones que la población urbana. Sin embargo, existe una brecha digital entre el mundo rural y el urbano. En el primero, el acceso a la banda ancha y cobertura es insuficiente y, en muchos casos, inexistente según los datos oficiales del último Informe sobre Banda Ancha de la Secretaría de Estado para la Sociedad de la Información y la Agenda Digital, de los que se desprende que el 60% de los municipios rurales están en zona de sombra: no tienen conexión por banda ancha, o es francamente defectuosa, cuando no muy cara	LABORAL, ECONÓMICA, CULTURAL	0
25	Las mujeres rurales vivimos en primera persona la carga y la falta de reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado , que junto con la “ayuda” y el “cuidado” se consideran responsabilidades nuestras. Queremos que la conciliación y, sobre todo, la corresponsabilidad, lleguen al medio rural; porque como siempre denunciarnos, tenemos dificultades para acceder al empleo remunerado, pero el trabajo, nos sobra	CULTURAL,, ECONÓMICA, SOCIAL, LABORAL	0

	27	Las mujeres son la fuerza trabajadora base sobre la que se sustentan las labores de cuidados. <u>El 90% de los permisos y excedencias para cuidar de familiares son pedidos en España por mujeres.</u> El recorte de servicios básicos en los pueblos (como guarderías, residencias de ancianos, centros médicos, transporte, etc.) hace que la cifra de mujeres al cuidado de personas dependientes sea incluso mayor en el medio rural.	CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO, LABORAL	2
	28	<u>La violencia de género, el control físico y mental de las mujeres por parte de los hombres,</u> supone la limitación no solo de su seguridad, sino también de su libertad. Desde Fademur se recuerda al Gobierno “la desidia con la que está manejando este tema”, especialmente reflejada en su <u>desdén por adjudicar el presupuesto que prometió</u> para hacer efectivo el Pacto de Estado para la lucha contra la violencia de género.	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SANITARIO	2
ASAMBLEA FEMINISTA DE CÁDIZ	30	<u>La derogación de la actual reforma laboral</u> por ser particularmente agresiva con la equidad porque esta reforma no solo NO CREA EMPLEO sino que además, <u>está aumentando la feminización de la pobreza.</u> Además, reclamamos reconocer los trabajos de cuidado, evitar que sigan siendo feminizados, atendiendo a un reparto equitativo de responsabilidades entre hombres y mujeres. Es necesario también que instituciones y el conjunto de la sociedad se impliquen en romper la tradicional división sexual del trabajo, tomando medidas que <u>incentiven la CORRESPONSABILIDAD</u> tanto en las tareas domésticas, como en la asunción de roles de cuidado. En este sentido, siendo la equidad el único objetivo aceptable, es imprescindible la <u>reforma del actual marco regulador en materia de medidas de conciliación de vida personal y laboral</u> para eliminar uno de los grandes pilares sobre el que sustenta la división sexual del trabajo: la desigualdad entre los permisos relacionados con la atención y los cuidados. El cuidado de hijas e hijos y de personas dependientes es responsabilidad de ambos miembros de las parejas y por lo tanto se deben equiparar en duración los permisos de paternidad y maternidad, que se deben conceder de forma intransferible a ambos, retribuidos con el 100 por cien del salario y con igual protección del puesto de trabajo durante el ejercicio de los derechos. <u>Deben superarse y perseguirse, las injustas diferencias salariales entre hombres y mujeres,</u> la brecha supera el 24%, y <u>perseguirse los usos fraudulentos en la contratación temporal y a tiempo parcial que las mujeres sufrimos de forma especial.</u>	CULTURAL, ECONÓMICO, SOCIAL, LABORAL	0

31	Un política económica feminista que ponga en el centro el bienestar de las personas y el sostenimiento de la vida, resolviendo con urgencia las situaciones de desahucio, pobreza y desamparo , estableciendo una política (MEDIDAS REALES) que pueda sostener la autonomía, ejercer una ciudadanía con plenos derechos y la solidaridad de todas y de todos.	ECONÓMICO, CULTURAL	0
32	Una política ambiciosa , preventiva, de protección y de dotación presupuestaria suficiente contra el TERRORISMO MACHISTA . Porque no solo somos ECO de la VIOLENCIA MACHISTA el 25 de Noviembre sino que la sufrimos diariamente. Esta tiene que transformar las bases del heteropatriarcado y la desigualdad en las relaciones de poder en las que se sustenta y que proteja realmente a las mujeres y a sus hijos e hijas además de que en el ámbito público se luche contra los distintos tipos de acoso y violencias que vivimos las mujeres por el hecho de serlo.	ECONÓMICO, CULTURAL, SOCIAL	2
33	Medidas que respeten nuestra LIBERTAD SEXUAL Y REPRODUCTORA con todas las garantías sanitarias, así como los derechos y libertades de ciudadanía, sea cual sea su identidad de género, orientación u opción sexual, edad, clase, etnia, procedencia, diversidad funcional, estado civil o situación administrativa. Igualmente, el derecho a un nacimiento y crianza respetuosa. Queremos políticas reales de conciliación familiar que contemplen a madres y padres para que las mujeres tengan libertad real de elección y, al mismo tiempo, con este nacimiento y crianza respetuosa de nuestras hijas e hijos hagamos un mundo más humano. Destacamos la importancia del respeto a la manera de engendrar, nacer, así como los primeros años de vida para las personas y la humanidad .	SANITARIO, SOCIAL, ECONÓMICO, LABORAL	2
34	Un sistema educativo laico, público y gratuito, que aplique el enfoque co-educativo y de género, que incluya una educación sexual y afectiva no biologicista , que garantice el libre desarrollo y ejercicio de las identidades así como el mantenimiento y el desarrollo de las relaciones afectivas/sexuales elegidas, respetuosas, placenteras y saludables.	SOCIAL, ECONÓMICO, SOCIAL, SANITARIO	1
35	El reconocimiento y visibilizarían de los saberes de las mujeres . Es una deuda histórica que pasa por reconocer la invisibilización consciente de la mitad de la población que nos ha privado de la capacidad de elección y alternativas teniéndonos que adaptar a lo previamente establecido en todas las áreas.	CULTURAL	0
36	La inclusión de las necesidades de las mujeres y las aportaciones feministas en todas las políticas públicas de forma transversal , particularmente en las presupuestarias, urbanísticas, fiscales y laborales . Se deben impulsar e implantarse de forma efectiva planes de igualdad, negociados, en todos los sectores económicos, institucionales, docentes , asociativos y laborales.	ECONÓMICO, LABORAL, SOCIAL	0

	37	Reclamamos la modificación del sistema judicial y penitenciario por ser especialmente patriarcal al sostenerse en unas estructuras masculinizantes en donde la mujer es la principal víctima.	ECONÓMICO, CULTURAL, SOCIAL	0
	38	Reclamamos la puesta en práctica de un compromiso expreso con el feminismo , apoyando la agenda feminista y las organizaciones desde las que se articula.	SOCIAL, ECONÓMICO	0
TRABAJADORAS DEL PERIODISMO Y DE LA COMUNICACIÓN	39	La brecha salarial es una realidad en nuestro sector. Exigimos a las empresas transparencia salarial y una revisión de categorías, complementos y criterios profesionales que permitan acabar con ella.	LABORAL	0
	40	Techo de cristal. Las direcciones de los medios y empresas periodísticas están copadas por hombres. Reivindicamos nuestro derecho a ocupar puestos de poder y responsabilidad y a que se nos tenga en cuenta en las promociones profesionales para puestos intermedios .	LABORAL	0
	41	Precariedad Laboral . Sufrimos niveles de temporalidad superiores a los de nuestros compañeros. De la misma manera denunciemos la inestabilidad laboral de las compañeras freelance y de las falsas autónomas, una situación de precariedad que se ha hecho habitual en los últimos años.	LABORAL	0
	42	Corresponsabilidad y cuidados . Denunciamos que las dinámicas de trabajo priorizan el presentismo y la libre disposición y son ajenas a las necesidades de cuidado que tienen todas las personas. Creemos que la corresponsabilidad y la flexibilidad no debe ser un asunto de buena voluntad sino una prioridad que las empresas deben asumir para que estas tareas se repartan por igual entre mujeres y hombres. Como en otros sectores, una ausencia de conciliación real perjudica más a las mujeres , que acaban modificando o recortando sus horarios para poder cuidar e incluso abandonando su empleo o cambiando de profesión.	LABORAL, ECONÓMICO, CULTURAL	1
	43	Acoso sexual y laboral . Son muchas las periodistas que han sufrido por parte de compañeros y superiores, pero también de fuentes, situaciones de acoso sexual. Por otro lado, el ninguneo, la condescendencia, el paternalismo y los mansplaining están a la orden del día en las redacciones y fuera de ellas, en nuestra actividad diaria. Como profesionales de la comunicación sufrimos acoso online , además de comentarios violentos y machistas en nuestras piezas	LABORAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SOCIAL	1
	44	Los espacios de opinión y las tertulias están masculinizados. Hay más que suficientes mujeres periodistas y expertas que pueden equilibrar esos espacios .	LABORAL, CULTURAL	0

	45	Mirada parcial y preocupación por los enfoques. Todas estas brechas que sufrimos las periodistas tienen consecuencias, también en los contenidos y en los enfoques de los medios de comunicación. La visión de la realidad que transmiten es muchas veces parcial y está sesgada porque no tiene en cuenta en la misma medida las experiencias, los relatos y las vivencias de las mujeres que, a menudo, son tratadas como personajes secundarios o con estereotipos. Un ejemplo es el tratamiento de la violencia machista, que en muchas ocasiones sigue culpabilizando a la víctima. Las primeras páginas, las aperturas de medios e informativos son decididas por hombres.	CULTURAL, SOCIAL, LABORAL	0
PROFESIONALES SANITARIAS	46	La PRECARIEDAD laboral de las mujeres en el ámbito sanitario, donde somos mayoría de plantilla y, sin embargo, tenemos los contratos más inestables y sufrimos más desempleo	LABORAL, CULTURAL, ECONÓMICO. SOCIAL	0
	47	La BRECHA SALARIAL que existe entre nosotras y nuestros compañeros, sobre todo en los llamados “complementos salariales” pues seguimos siendo las mujeres las que mayoritariamente solicitamos excedencias para cuidado de personas (disminuyendo así la cuantía de los trienios) y las que mayoritariamente renunciamos a cursos de formación por dificultades de conciliación (afectando a la carrera profesional).	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	0
	48	Los TECHOS DE CRISTAL que se nos imponen a pesar de tener igual mérito y capacidad. Si hacemos un repaso de las juntas directivas de los diferentes Colegios Profesionales nos encontramos con una abrumadora y sonrojante mayoría de hombres.	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL	0
	49	Las numerosas y ocultadas situaciones de ACOSO LABORAL Y SEXUAL que se siguen produciendo en los centros de trabajo y fuera de ellos.	CULTURAL, SOCIAL, LABORAL	1
	50	La INVISIBILIZACIÓN a la que estamos sometidas tanto en el lenguaje –que se jacta de ser no inclusivo- como en la publicación y divulgación de trabajos científicos, sociales o comunitarios. Pongamos el ejemplo de las revistas científicas que ocultan el nombre de las autoras utilizando la inicial; o las noticias que hablan de “equipos de investigadores” cuando la totalidad o mayoría del equipo son mujeres	SOCIAL, CULTURAL, LABORAL	0
	51	Las tristes condiciones laborales y salariales que vivimos por pertenecer a un sector sostenido mayoritariamente por mujeres. MEJORES CONDICIONES LABORALES.	LABORAL, ECONÓMICO, CULTURAL	0

EDUCADORAS Y MAESTRAS DE EDUC. INFANTIL	52	La falta de reconocimiento social e institucional que cuestiona y devalúa nuestras competencias profesionales por pertenecer a un sector sostenido mayoritariamente por mujeres.	SOCIAL, LABORAL, CULTURAL	0
	53	El desprestigio, el desprecio y la ignorancia hacia la etapa de educación infantil y sus cuidados por tratarse de una actividad cuyas responsabilidades y funciones están respaldadas, histórica y actualmente, por un sector sostenido mayoritariamente por mujeres. MAYOR PRESTIGIO PROFESIONAL.	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL	0
PROFESIONALES DE LAS UNIVESIDADES ACADÉMICAS E INVESTIGADORAS	54	Precariedad laboral, menores salarios, más obstáculos, contratos más precarios y menor financiación en las investigaciones. MEJORA DE CONDICIONES LABORALES	LABORAL	0
	55	Discriminación en la percepción de méritos en los procesos de evaluación, acreditación, selección y promoción, en la revisión y aceptación de artículos, en la evaluación de proyectos de investigación e incluso en el volumen de las citas recibidas por sus trabajos.	LABORAL, CULTURAL	0
	56	Queremos equidad de género en la promoción profesional y exigimos la paridad en todos los órganos de decisión, evaluación y selección de personal.	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL	0
	57	Queremos la aplicación efectiva de los procedimientos de investigación y sanción de los protocolos contra estas violencias (acoso sexual, sexista, LGTBfobia, racista, capitalista y clasista) y la asignación de un mayor volumen de recursos a las actividades de sensibilización y prevención de las violencias.	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	1
	58	Queremos que la igualdad en valor de mujeres y hombres en intersección con otras desigualdades sea realmente un horizonte civilizatorio y transformador de la universidad.	CULTURAL, SOCIAL	0
CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL	59	Exigen un Pacto de Estado contra la Violencia de Género; para acabar con los problemas que sufren las mujeres y sus hijos e hijas.	SOCIAL, SANITARIO, CULTURAL, ECONÓMICO	2
	60	Solidaridad con las personas refugiadas, amenazadas y que huyen de la guerra.	ECONÓMICO, SANITARIO, SOCIAL	1
	61	Acabar con los vientres de alquiler, el cuerpo ni se compra ni se alquila, ya que supone un ataque a la dignidad y sobre todo de las personas más vulnerables.	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	1

62	<u>Igualdad en el acceso a puestos de responsabilidad.</u> (techo de cristal, brecha salarial)	SOCIAL, CULTURAL, LABORAL	0
63	<u>Cambio en el modelo productivo.</u> Poner la vida humana en el centro para preservar el planeta y luchar contra el cambio climático.	LABORAL, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	1
64	<u>Defender los Derechos Humanos, fundamentales y universales,</u> garantes reales de la igualdad y la dignidad efectiva de todas las mujeres.	SOCIAL, ECONÓMICO, SANITARIO	1
65	<u>Acabar con la violencia de género,</u> lacra social por el cual se ejerce dominación de los hombres frente a las mujeres que asesina mujeres cada año sus hijas e hijos.	SANITARIO, CULTURAL, SOCIAL.	2
66	<u>Mayor inversión en políticas de igualdad, en un sistema coeducativo, en valores de respeto y diversidad</u> para erradicar el racismo y la xenofobia	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	0
67	Cumplimiento de los 17 objetivos de ODS (<u>objetivos de desarrollo sostenible</u>), con un compromiso firme y real de los gobiernos y empoderar a las todas mujeres y las niñas.	SOCIAL, ECONÓMICO, SANITARIO	1
68	Reclamo de las medidas necesarias para que la diversidad funcional no sea un obstáculo para el ejercicio pleno de los derechos y capacidades en igualdad de condiciones.	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	1
69	<u>Medidas contra la prostitución y la trata como formas de explotación sexual en las mujeres</u> puesto que supone la mercantilización de su cuerpo, dañando su integridad física y psíquica.	CULTURAL, ECONÓMICO, SANITARIO, ECONÓMICO	1
70	<u>Exigen permisos iguales e intransferibles,</u> ya que los cuidados son responsabilidad de las mujeres y afectan a su salud y a su desarrollo personal.	CULTURAL, ECONÓMICO, SANITARIO, ECONÓMICO	2
71	<u>Reconocer el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres en la sociedad,</u> ya que sin él, la sociedad se colapsa.	CULTURAL, ECONÓMICO, SOCIAL	1
72	<u>Reivindicar una educación pública de calidad, gratuita, laica y feminista.</u>	ECONÓMICA, CULTURAL, SOCIAL	0

MOVIMIENTO FEMINISTA ESTUDIANTIL	73	Erradicar la violencia machista en las aulas, en especial el acoso sexual , así como otro tipo de violencias que también nos afectan a las mujeres, como el racismo, el clasismo, la homofobia, la transfobia...	CULTURAL, ECONÓMICO, SOCIAL, SANITARIO	1
	74	Combatir el androcentrismo en los estudios. Queremos una educación que transversalice la perspectiva feminista en todas las disciplinas y que incluya las aportaciones de mujeres especialmente las mujeres racializadas y no occidentales a las distintas disciplinas de conocimiento. las mujeres no somos una excepción, somos una constante que ha sido silenciada.	CULTURAL, SOCIAL	0
	75	Visibilizar y cesar la división sexual en los itinerarios de estudio: las mujeres son mayoría en los estudios vinculados a los cuidados, que tienen menos prestigio en la comparación con los científico-técnicos, donde hay mayor presencia masculina.	CULTURAL, ECONÓMICO, SOCIAL	0
	76	Eliminar las ideas de competitividad y productividad que se nos inculcan desde pequeñas y que responden a la lógica capitalista y patriarcal.	CULTURAL, ECONÓMICA, LABORAL, SOCIAL	0
	77	Luchar contra el abandono de las mujeres que llevan a cabo una doble o triple jornada , y valorizar el esfuerzo de las que siguen.	CULTURAL, SOCIAL,	0
	78	Afirmar la necesidad de una educación afectivo-sexual diversa y completa desde edades tempranas , libre de estereotipos hetero-patriarcales que nos reducen a objetos.	CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	0
	79	Defender la justicia laboral para profesoras y trabajadoras en los centros educativos.	SOCIAL, ECONÓMICO	0
HUELGA FEMINISTA DE VALLADOLID	80	Poner la vida en el centro de la economía y la política , para defender una vida digna donde todas las personas del mundo puedan acceder a los recursos necesarios para cubrir sus necesidades en condiciones de igualdad y de sostenibilidad ambiental.	ECONÓMICO, SOCIAL	0
	81	Poner fin a la lógica del beneficio y la acumulación que provoca el capitalismo que junto a la cultura patriarcal y la división del trabajo, generan desigualdades, relaciones de poder y destrucción de recursos.	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	0
	82	Acabar con la explotación patriarcal , (trabajo doméstico, reproductivo y de cuidados).	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	2
	83	Reivindican que el trabajo de cuidados sea reconocido como un bien social de primer orden , y se exige la redistribución entre mujeres y hombres.	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	1

84	Denuncian la grave represión de recortes de derechos en el sistema de salud, servicios sociales y educación. Fortalecimiento de los servicios sociales.	ECONÓMICO, SOCIAL, SANITARIO	2
84	Se reivindica una sociedad libre de opresiones de explotaciones y violencias a las mujeres y personas de identidades diversas.	SOCIAL, SANITARIO	1
85	Mejora de las condiciones laborales , acabar con los techos de cristal , la empresa pública y privada reproducen la brecha de género en la lógica capitalista.	LABORAL, ECONÓMICO, SOCIAL	0
86	Acabar con el acoso y abuso sexual , además de denunciar que ser mujer sea la principal causa de pobreza , hecho que se agrava por su edad, etnia, religión, diversidad...	SANITARIO, SOCIAL, CULTURAL	2
87	Se reivindica una situación laboral que las ayude a llevar su propio proyecto de vital , con dignidad y autonomía que se adapte a las necesidades de la vida.	LABORAL, ECONÓMICO, SOCIAL	0
88	Acabar con todas las violencias machistas cotidianas no visibilizadas , sea cual sea su edad y condición. Iceberg de violencia de género.	SOCIAL, CULTURAL	2
89	Se reivindica poder moverse con libertad por todos los espacios y todas las horas.	SOCIAL	1
90	Acabar con la LGTBfobia institucional y laboral.	SOCIAL, CULTURAL, SANITARIO	1
91	Luchar por la soberanía social y alimentaria de los pueblos.	SOCIAL, ECONÓMICO, SANITARIA??	1
92	Exigen ser las protagonistas de sus vidas y de sus cuerpos.	SANITARIO, SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO	2
93	Acabar con la despatologización de la vida de las mujeres, emociones y circunstancias. La medicalización no responde a su salud, ¡NO CONSIDERAR LOS PROCESOS DE VIDA COMO ENFERMEDADES!.	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	2
94	Denuncian el racismo estructural que oprime a las mujeres migrantes y racializadas , por ello sufren una doble o triple discriminación.	SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO	1
95	Denuncian que sus cuerpos no son objetos, ni mercancías, ni objetos de academias, instituciones, gobiernos y partidos políticos.	SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO	2

ASOCIACIÓN DE GITANAS FEMINISTAS POR LA DIVERSIDAD EN VALLADOLID	96	Denuncian las políticas estatales inclusivas para mujeres gitanas juegan un papel de reforzadores de roles patriarcales y de estigmas racistas , que provocan la degradación, subordinación y colonización sobre nuestros cuerpos e identidades . Queremos ser dueñas de nuestras vidas y de nuestros destinos, sin tutelajes paternalistas de las instituciones.	CULTURAL, ECONÓMICO, SOCIAL	1
	97	Denuncian la criminalización de las mujeres gitanas en los medios de comunicación y de las Fuerzas de Seguridad del Estado . Se nos <u>priva el derecho a la presunción de inocencia</u> porque se nos <u>presupone ladronas, mentirosas, embaucadoras, delincuentes</u> , lo que les impide ejercer su derecho a ocupar el espacio público sin ser violentadas , como corresponde a las ciudadanas de pleno derecho.	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL	0
	98	Reivindican la lucha contra el sistema patriarcal, machista, colonial, racista, capitalista, imperialista, neoliberal, extractivista...	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL	0
	99	Denuncian las violencias que viven en los territorios. Se enfrentan al racismo, al fascismo, a las violencias de las fronteras visibles e invisibles , a la violencia sistemática patriarcal, racista y colonial de la ley de extranjería . Los CIEs (cárceles para migrantes), las redadas policiales, los controles migratorios sistemáticos, las deportaciones . Denunciamos las políticas anti migratorias , que profundizan el racismo, la xenofobia y la discriminación, vulnerando la vida digna especialmente a las mujeres migrantes. Exigimos que liberen a sus compañeras y compañeros migrantes que están presas en las cárceles por no tener documentos .	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SANITARIO?	2
	100	Las ‘moras’ a veces, las ‘árabes’ otras; musulmanas, recuerdan que el feminismo será antirracista y decolonial o no será. Hartas de que se escriba y hable por ellas, sin ellas; hartas de que se les libere y asesinan a sus hijas e hijos (daños colaterales) ; hartas de que se estigmatice a la población musulmana en las aulas ; hartas de la radicalización del Estado Español racista; hartas de las construcciones orientalistas sobre nuestros cuerpos e identidades .	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL	1
	101	Denuncian el sistema educativo que estigmatiza y anula a su pueblo en el contenido de los libros... también al racismo, violencia y xenofobia que se enfrentan en las aulas, reflejo de la sociedad, principal causa de los delitos de odio .	SOCIAL, CULTURAL, SANITARIO	1??
	102	Ratificar el Convenio 189 de la OIT para dignificar las condiciones de las trabajadoras del hogar. Exigimos la inclusión en el régimen general a las trabajadoras del hogar y el pleno reconocimiento de nuestros derechos y beneficios sociales.	LABORAL, ECONÓMICO, SOCIAL	0

	103	Exigen <u>acabar con la violencia y racismo institucional y social</u> , en defensa de la vida.	SANITARIO, SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO	1
	104	Exigen <u>justicia para las asesinadas</u> por razones de racismo y xenofobia por la <u>Ley de Extranjería</u> .	SOCIAL, ECONÓMICO	0
	105	No negar <u>servicios de salud a las mujeres encerradas en los CIE</u> .	SANITARIO, SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO	2
	106	Exigen que el feminismo blanco hegemónico individualista que pretende ser universal, comprenda sus luchas y reivindicaciones y a su comunidad .	SOCIAL, CULTURAL	0
HUELGA FEMINISTA 8 M MADRID	107	Exigen dotar de recursos el Pacto de Estado contra las violencias machistas , además de denunciar la represión de sus derechos sociales y reproductivos .	ECONÓMICO, SOCIAL, SANITARIO, CULTURAL	2
	108	Exigen poder moverse con libertad por todos los espacios y a todas horas .	SOCIAL, CULTURAL	0
	109	Acabar con todas las violencias machistas cotidianas no visibles. Iceberg de la violencia de género .	SOCIAL, CULTURAL	2
	110	Acabar con la opresión por orientación, identidad sexual .	SOCIAL, CULTURAL	0
	111	Acabar con la LGTBfobia institucional, laboral y social .	SOCIAL, SANITARIO, CULTURAL	1
	112	Reivindican que el trabajo de cuidados sea reconocido como un bien social de primer orden , y exigen la redistribución de tareas.	CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	2
	113	Acabar con los techos de crystal y la precariedad laboral; discriminación salarial por ser mujeres, y el acoso y el abuso sexual en el ámbito laboral .	SANITARIO, SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL	1
	114	Denuncian las normas y las políticas opresivas contra las mujeres migrantes .	SANITARIO, SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL	2

115	Garantizar unas pensiones dignas , ratificar el Convenio 189 de la OIT que regula el trabajo doméstico.	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	0
116	Exigen que la vida se sitúen en el centro de la economía y la política .	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL, SANITARIO	1
117	Exigen ser las protagonistas de sus vidas y de sus cuerpos , sin presiones de estética .	ECONÓMICO, SANITARIO, SOCIAL, CULTURAL	2
118	Despatologizar la vida de las mujeres, emociones y circunstancias , sus procesos vitales se tratan como enfermedades.	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	2
119	Despenalizar el aborto , incluyendo la legalización y cobertura en el sistema de sanidad público a las menores de edad .	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL	2
120	Exigen una educación pública, gratuita, laica y feminista, libre de valores heteropatriarcales e imperialistas desde los primeros tramos educativos hasta la universidad.	ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	0
121	Reivindican el derecho a una formación afectivo-sexual que enseñe en la diversidad sin miedos , sin complejos, sin reducir a la mujer a meros objetos que no permita agresiones machistas ni LGTBfóbicas en las aulas .	SANITARIO, ECONÓMICO, SOCIAL, CULTURAL	0
122	Exigen el mantenimiento de los programas de becas de estudio para las estudiantes de todos los niveles educativos .	SOCIAL, ECONÓMICO	0
123	Exigen avanzar en todos los ámbitos y espacios , que no dejen a las mujeres al margen de la historia, abordado estos desde una perspectiva de género en todas las disciplinas .	CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	0
124	Exigen acabar con las guerras y con la fabricación de material bélico , acabar con el racismo y exclusión. La consecuencia directa de estas guerras son millares de mujeres migradas y refugiadas por todo el mundo, siendo víctimas olvidadas y violentadas.	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SANITARIO	1
125	Denuncian las políticas migratorias y de fronteras de Estado Español y de la Unión Europea , se exige la acogida de todas las mujeres migradas, atendiendo al derecho de movilidad humana.	SANITARIO, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	1

126	Denuncian la <u>opresión a las mujeres migrantes trabajadoras en la actual legislación y políticas públicas</u> en la materia, <u>derogación de la Ley de Extranjería</u> y el <u>cierre inmediato de los CIE</u> .	SANITARIO, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	2
127	Denuncian los <u>recortes en los presupuestos en los sectores que más afectan a las mujeres y LGTBI</u> (sistema de salud, servicios sociales y la educación).	SANITARIO, CULTURAL, SOCIAL, ECONÓMICO	2
128	Denuncian la <u>corrupción</u> como un factor <u>agravante de la crisis</u> .	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SANITARIO	1
129	Denuncian la <u>justicia patriarcal</u> que no considera a las <u>mujeres como sujetas de pleno derecho</u> .	SOCIAL, ECONÓMICO, CULTURAL, SANITARIO	1
130	Exigen plena <u>igualdad de derechos</u> y condiciones de vida y la total <u>aceptación de la diversidad</u> .	SOCIAL, CULTURAL, SANITARIO, ECONÓMICO	0