



Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Distr. general
13 de noviembre de 2017
Español
Original: inglés

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Portugal

Adición

**Información suministrada por Portugal sobre el seguimiento de las
observaciones finales***

[Fecha de recepción: 6 de noviembre de 2017]

Nota: El presente documento se distribuye únicamente en español, francés e inglés.

* El presente documento se publica sin revisión editorial oficial.

17-20032 (S) 271117 291117



Se ruega reciclar



1. Con referencia a la aplicación de las recomendaciones que figuran en los párrafos 23 c), 25 b) y 37 de las observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Portugal ([CEDAW/C/PRT/CO/8-9](#)), las autoridades portuguesas tienen el honor de presentar la siguiente información.

Establecimiento de un mecanismo que garantice la cooperación y la coordinación eficaces entre los tribunales penales y de familia, a fin de que las mujeres puedan acceder inmediatamente a órdenes de protección y mandamientos judiciales contra sus parejas maltratadoras sin necesidad de iniciar un proceso penal (párr. 23 c))

2. Durante el período de referencia, las autoridades portuguesas han tratado de mejorar la coordinación entre los tribunales penales y de familia en casos de violencia en el hogar y de evitar el contacto entre víctimas y agresores con el objetivo de mejorar la protección de los niños y las víctimas.

3. Recientemente, la Ley núm. 24/2017, de 24 de mayo, ha modificado la Ley núm. 112/2009, de 16 de septiembre (que establece el régimen jurídico aplicable a la prevención de la violencia en el hogar, a la protección y a la asistencia de sus víctimas), el Código Civil, el Régimen General del Procedimiento Tutelar Civil y el Código del Procedimiento Penal.

4. Con arreglo a esta Ley, se debe comunicar de inmediato al Ministerio Público la aplicación de medidas coercitivas, como la restricción del contacto entre los padres, a fin de instaurar con urgencia la regulación o modificación del ejercicio de las responsabilidades parentales.

5. De conformidad con esta Ley:

a) Cuando se decreta una medida coercitiva o se aplica una pena accesoria de prohibición de contacto entre los padres, o bien están en grave riesgo los derechos y la seguridad de la víctima de violencia en el hogar o de otras formas de violencia en el contexto familiar, como malos tratos o abuso sexual de niños:

- Se puede considerar que el ejercicio habitual de las responsabilidades parentales es contrario a los intereses del niño;
- No es admisible el recurso a la vista técnica especializada ni a la mediación entre las partes;
- El Ministerio Público solicitará, en un plazo máximo de 48 horas tras haber tenido conocimiento de las anteriores situaciones, la regulación o modificación de la regulación del ejercicio de las responsabilidades parentales.

b) Las medidas coercitivas que implican la restricción del contacto entre los padres se comunican de inmediato al representante del Ministerio Público a fin de iniciar, con carácter de urgencia, un proceso de regulación o modificación de la regulación del ejercicio de las responsabilidades parentales.

Establecimiento de centros de crisis y servicios de emergencia para las víctimas de violación, concienciación del personal hospitalario y la policía sobre la asistencia requerida en esos casos y establecimiento de protocolos normalizados para atender a las víctimas de violación

6. En 2016 se firmó un protocolo entre el Ministerio de Justicia, el Ministro Adjunto, responsable de la esfera de igualdad de género, y la Asociación de Mujeres contra la Violencia con el fin de establecer en Lisboa un proyecto piloto especializado que prestara cuidados, apoyo psicosocial y apoyo psicológico individualizado a mujeres y niñas víctimas de la violencia sexual. El objetivo es crear una oficina piloto experimental que se especialice en supervivientes de la violencia sexual y proporcione apoyo psicosocial y psicológico y garantice la cooperación en cuanto a medidas para evitar el riesgo de revictimización y victimización secundaria, así como

adoptar medidas para crear conciencia sobre las víctimas de la violencia sexual. Este proyecto se creó en el marco del Programa de Ciudadanía Activa (*Cidadania Ativa Programme*¹), gestionado por la Fundación Calouste Gulbenkian con la cofinanciación del Mecanismo Financiero del Espacio Económico Europeo (EEA Grants) y el apoyo de Noruega, Islandia y Liechtenstein. El proyecto incluye la divulgación de dos guías sobre violencia sexual para profesionales y víctimas², que se elaboraron en colaboración con la Dirección General de Salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal (y Ciencias Forenses).

7. Además, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud, estableció en 2013, mediante el despacho núm. 6378, de 16 de mayo, el modelo Acción de Salud sobre Género, Violencia y Ciclo de Vida (ASGVCV), que también abarca la violencia sexual. En este contexto, se creó una red nacional de Equipos para la Prevención de la Violencia en Adultos, con las siguientes competencias principales:

- Contribuir a informar a la población y a sensibilizar a los profesionales sobre los diferentes servicios para la igualdad de género y la prevención de la violencia a lo largo del ciclo vital;
- Divulgar información de carácter jurídico, normativo y técnico sobre el tema;
- Mejorar la capacitación y preparación de los profesionales en la materia;
- Recopilar y organizar información sobre las situaciones de violencia atendidas en los agrupamientos de centros de salud y hospitales;
- Proporcionar apoyo de asesoría a profesionales y equipos de salud en lo que respecta a la señalización, el seguimiento y la remisión de casos;
- Gestionar las situaciones clínicas cuyo seguimiento se pueda hacer a nivel de atención primaria de la salud o en el hospital;
- Fomentar el establecimiento de mecanismos de cooperación intrainstitucional e intersectorial en el campo de la violencia interpersonal;
- Establecer una colaboración con otros proyectos y recursos comunitarios;
- Movilizar la red de recursos internos y agilizar la red social;
- Garantizar la articulación funcional, en red, con otros equipos de salud que intervengan en este ámbito.

8. En el Servicio Nacional de Salud, los Equipos para la Prevención de la Violencia en Adultos aplican las recomendaciones que figuran en los artículos 61 y 62 de la Ley 112/2009, de 16 de septiembre, que establece el régimen jurídico aplicable a la prevención de la violencia en el hogar y a la protección y a la asistencia de sus víctimas.

9. El ASGVCV publicó en 2014 un manual para profesionales de la salud titulado *Violencia interpersonal: enfoque, diagnóstico e intervención en servicios de salud*, que incluye un conjunto de directrices y protocolos de actuación en situaciones de violencia, en particular en el ámbito de la violencia sexual.

10. En lo referente a la violencia sexual contra niños, desde 2009 el sector sanitario también está organizado formal y estructuralmente a nivel nacional mediante la red de núcleos de apoyo a niños y jóvenes en situación de riesgo y los núcleos

¹ <https://gulbenkian.pt/en/initiatives/cidadania-ativa-programme/>.

² <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-profissionais-pdf.aspx> y <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-sobreviventesvitimas.aspx>.

hospitalarios de apoyo a niños y jóvenes en situación de riesgo creados con la Acción de salud para niños y jóvenes en situación de riesgo (despacho núm. 31292, de 5 de diciembre de 2008). En este contexto, se publicaron documentos orientativos destinados a profesionales de la salud en el ámbito de los malos tratos de niños y jóvenes y concretamente sobre violencia sexual, como *Malos tratos de niños y jóvenes: guía práctica de enfoque, diagnóstico e intervención*, guía publicada en febrero de 2011 por la Dirección General de Salud.

11. Dentro del marco de las medidas en materia de salud mencionadas, se han realizado varias actividades de capacitación y seminarios técnicos sobre la violencia en las cinco Administraciones Regionales de Salud.

12. Asimismo, la Dirección General de Salud participó en varias iniciativas encaminadas a sensibilizar a los profesionales, con diferentes asociados comunitarios, concretamente en la redacción de otros manuales en materia de violencia sexual, como la *Guía de bolsillo sobre violencia sexual para supervivientes/víctimas* y la *Guía de bolsillo sobre violencia sexual para profesionales*.

13. También en este ámbito, se están ejecutando varios planes y programas nacionales relacionados, entre ellos:

- El Quinto Plan Nacional de Acción para la Igualdad de Género, la Ciudadanía y la No Discriminación (2014-2017);
- El Quinto Plan Nacional de Prevención y Combate de la Violencia en el Hogar y de Género 2014-2017, en el que se integra el Tercer Programa de Acción para la Prevención y Eliminación de la Mutilación Genital Femenina;
- El Tercer Plan de Acción Nacional de Prevención y Combate de la Trata de Personas 2014-2017.

Establecimiento de garantías adecuadas a fin de asegurar que los procedimientos para el parto excesivamente medicalizados, como la intervención de cesárea, sean valorados concienzudamente y realizados únicamente en caso de necesidad y con el consentimiento informado de la paciente

14. Con el fin de reducir la tasa de cesáreas en Portugal, sin comprometer los buenos resultados en materia de salud que se han obtenido en los últimos años, el Gobierno portugués creó en 2013 una Comisión Nacional para la Reducción de la Tasa de Cesáreas.

15. Como parte de sus competencias, la Comisión ha redactado una norma y cinco orientaciones clínicas sobre los aspectos técnicos de la cesárea, destinadas a los profesionales de la salud.

16. También se elaboraron textos informativos y de sensibilización orientados a los profesionales de la salud y el público general.

17. La publicación y divulgación de estos textos hicieron posible una mayor homogeneidad en la práctica clínica de esta rama de la asistencia médica materna y constituyeron un importante apoyo para los profesionales de la salud como orientación clínica menos centrada en el empleo de la cesárea.

18. Es importante que todos los profesionales de la salud capacitados para el cuidado materno ofrezcan a las embarazadas información coherente y objetiva sobre los mayores riesgos que supone un parto por cesárea. En estas cuestiones, el consentimiento libre e informado está consagrado en las diversas órdenes legislativas.

Modificación de la Ley de Terminación Voluntaria del Embarazo y anulación de las condiciones excesivamente gravosas introducidas recientemente, como la exigencia del pago de tasas, para garantizar a las mujeres la libertad de decidir con conocimiento de causa y el respeto de su autonomía

19. En 2015 se llevó a debate en el Parlamento una iniciativa legislativa ciudadana que buscaba realizar varios cambios en el aborto a petición: la exigencia de que las mujeres que deseaban abortar participaran en los gastos y se sometieran a asesoramiento psicológico obligatorio. En consecuencia, en septiembre de 2015 se aprobaron dos leyes en el Parlamento, a saber:

20. La Ley 134/2015, que dispone el pago de tasas por el aborto cuando sea realizado, a petición de la mujer, durante las primeras diez semanas de embarazo (solamente a petición de la mujer, no en otros supuestos);

21. La Ley 136/2015, que introdujo la primera modificación de la Ley núm. 16/2007, de 17 de abril, sobre la despenalización en casos de interrupción voluntaria del embarazo, en la que figuran varias restricciones al aborto a petición de la mujer, entre ellas, la obligatoriedad del apoyo psicológico y social durante el período de reflexión.

22. En febrero de 2016, con la Ley 3/2016, ambas leyes fueron revocadas.

Organización de sus servicios de salud de modo que el ejercicio de la objeción de conciencia en esos casos no impida el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, incluido el aborto

23. El Servicio Nacional de Salud es responsable de garantizar que todas las mujeres que deseen un aborto puedan someterse a dicha intervención dentro de los plazos debidos. La responsabilidad de garantizar el acceso al aborto recae en el hospital, lo cual acarrea consecuencias importantes para la organización de los servicios.

24. En 2001 se aprobó por orden ministerial la Red de Remisión Maternoinfantil. Esta red para la salud maternoinfantil estableció un nexo entre los profesionales de atención primaria y los hospitales, organizándolos en unidades coordinadoras funcionales. Cuando en 2007 surgió la necesidad de introducir una red capaz de responder a la Ley 16/2007, esta red nacional de servicios de salud reproductiva ya estaba organizada, lo que supuso un valor añadido considerable.

25. Este aspecto ha sido importante para garantizar la capacidad de respuesta ante diferentes situaciones, como cuando los recursos humanos disponibles son limitados o el número de objetores de conciencia en las unidades hace imposible realizar la intervención.

26. En cuanto a la objeción de conciencia, los profesionales que intervienen directamente en la realización del aborto pueden objetar, pero deben presentar una declaración por escrito a la dirección del hospital. En esta declaración, el objetor u objetora debe ratificar que tendrá que ayudar a todas las embarazadas cuya salud corra peligro, que remitirá a la paciente a un médico dispuesto a realizar el aborto y que no participará en el asesoramiento.

27. La Ley 16/2007 sobre la despenalización en casos de interrupción voluntaria del embarazo se reglamentó mediante la regulación núm. 741-A/2007, de 21 de junio, que establece lo siguiente:

“Artículo 11: Cumplimiento de los plazos: En cualquier circunstancia, el consejo de administración del centro de salud oficial, el responsable del centro oficial de atención primaria de la salud o el responsable del centro de salud oficialmente reconocido, según sea el caso, adoptará todas las medidas necesarias para el

cumplimiento de los plazos previstos en la ley para la interrupción del embarazo”.
[cita traducida]

“Artículo 12: Objeción de conciencia

(...)

3. Los profesionales de la salud que sean objetores de conciencia deberán garantizar la remisión de las embarazadas que soliciten la interrupción del embarazo a los servicios competentes, dentro de los plazos legales.

4. Los centros de salud oficiales donde la existencia de objetores de conciencia haga imposible realizar la interrupción del embarazo dentro de los plazos legales deberán garantizar su realización adoptando, bajo la coordinación de la administración regional de salud territorialmente competente, las formas adecuadas de colaboración con otros centros de salud oficialmente reconocidos y asumiendo los gastos resultantes.”
