

Informe sobre España

Octava Ronda del Examen Periódico Universal – Mayo de 2010

Este Informe lo presenta **Creación Positiva**¹ y la **Iniciativa por los Derechos Sexuales**²; y trata específicamente sobre **el aborto, el VIH y la identidad de género, incluyendo recomendaciones al Gobierno Español.**

Marco normativo y territorial

1. España, como Estado, tiene la siguiente organización territorial con competencias legislativas sobre salud establecida en la Constitución Española de 1978: una Administración General representada por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (MSPS) y las Comunidades Autónomas (CCAA) que tienen sus administraciones y competencias en sus respectivos Estatutos de Autonomía.

2. En el 2003 con la ley16/2003 se crea el Consejo Interterritorial de Salud del Sistema Nacional de Salud (SNS), que establece los principios de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. La Constitución Española garantiza un SNS público, gratuito y universal que, de forma explícita, reconoce el derecho a la Protección de la Salud.

3. España ha ratificado los acuerdos internacionales³ sobre derechos humanos que permiten generar un entorno (políticas, carteras de servicio y legislación) para que se garanticen todos los derechos sexuales y reproductivos.

4. En España no existe una ley general vigente que regule los derechos sexuales en todas sus dimensiones. En cambio, existe una serie de leyes, normas y protocolos que recogen ciertos aspectos de dichos derechos y regulan la aplicación para garantizarlos (habitualmente de manera formal): La Constitución Española (1978); Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa; Ley orgánica 9/1985, del 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del código penal: aborto; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Real decreto 63/1995, del 20 de enero, sobre ordenamiento de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción humana asistida; Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

5. A pesar de la existencia del Consejo Interterritorial del SNS, encontramos situaciones de inequidad en las prestaciones sanitarias: el acceso a la anticoncepción de urgencia (píldora post coital) es desigual en las diferentes CCAA, hay algunas que tienen protocolos y otras no. En algunas Comunidades se prescribe y dispensa en Centros del Servicio Autonómico de Salud (CSAS) de forma gratuita; en otras se prescribe mediante receta sanitaria blanca y debe comprarse posteriormente en una farmacia con un coste de 19 euros. El gobierno ha permitido el acceso a la post coital sin prescripción médica y sin pasar por los servicios de salud.⁴

6. El Consejo de Ministros el 26 de septiembre aprobó el Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo impulsada por el Ministerio de

¹ Creación Positiva (CREA) es una asociación sin ánimo de lucro, constituida en el 2001 por mujeres con experiencia reconocida en el campo del incidencia política, la prevención, el asesoramiento y el apoyo a personas que viven con el VIH. Las autoras del presente informe en nombre de CREA son M^a Luisa García Berrocal y Montserrat Pineda Lorenzo.

² La Iniciativa por los Derechos Sexuales es una coalición integrada por Action Canada for Population and Development; CREA-India; Mulabi-Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos; Polish Federation for Women and Family Planning, y otras.

³ Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981) ; Convención sobre los Derechos del Niño (1990), así como las normativas europeas sobre derechos humanos, igualdad y no discriminación

⁴ Informe La anticoncepción de Urgencia en España. /www.fpfe.org/docs/anticoncepcion_urgencia_espana.pdf

Igualdad (MI). Dicho proyecto de ley está en trámite parlamentario en el Congreso de los Diputados⁵. El proyecto de Ley establece como objeto “garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos”. Como aspectos a destacar: enmarca el derecho de adoptar decisiones en torno a la vida sexual y reproductiva en la normativa legal de España, ya que se reconoce “*el derecho a la maternidad libre y decidida*” y establece un periodo de IVE en las primeras 14 semanas de gestación; posibilita a las menores de edad la IVE, garantiza la prestación en todo el territorio por los servicios de salud y prevé la elaboración de una Estrategia de salud Sexual y Reproductiva.

7. Aunque el proyecto establece medidas en el ámbito educativo prevemos que, dada la importante influencia de sectores ultraconservadores y religiosos que participaron en el debate de dicha ley, éstas serán insuficientes para abordar una educación sexual que ponga en valor la responsabilidad de los/as jóvenes y les ofrezca información objetiva y científica.

8. En los casos en que existe un alto grado de vulnerabilidad o discriminación, se multiplica el riesgo de que los derechos sexuales sean vulnerados y el Estado no pueda garantizar su ejercicio. Destacamos las mujeres y los hombres con discapacidades, las mujeres que viven en el medio rural, mujeres lesbianas, mujeres prostituidas, mujeres en procesos de migraciones. Muchos de estos colectivos denuncian a través de sus federaciones y asociaciones la inequidad en el acceso y calidad de los servicios de salud sexual que reciben.

9. Respecto a las mujeres migrantes cabe destacar que la ley actual de extranjería española⁶, no es una herramienta útil para que se puedan garantizar los derechos sexuales a pesar de que reconoce, por ejemplo, su derecho a la asistencia durante el embarazo, parto y post parto. Así pues, las mujeres migradas están en todas las estadísticas que evidencian situaciones de riesgo para la salud, producto de la falta de acceso real a la igualdad y de acceso a la protección, en particular.

10. La regulación de la violencia de género se establece en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección contra la violencia de género⁷, que tiene como objeto “actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. En la práctica, es una ley de medidas de atención y protección de la violencia ejercida en el contexto de la pareja.

11. La violencia sexual es una de las principales causas de vulneración de los derechos humanos, incluido el derecho a la libertad sexual. La mencionada ley no profundiza en el abordaje de la trata, la explotación y la prostitución, mutilaciones genitales, como tampoco en los elementos preventivos y de diagnóstico de la violencia sexual. Aunque existe desde el MI un Plan de Trata, éste tampoco aborda de forma directa este aspecto⁸. El MSPS y las diferentes CCAA, han realizado protocolos de atención sanitaria para la violencia de género⁹ y la violencia sexual, pero dichos protocolos se restringen mayoritariamente a violaciones y agresiones sexuales. No profundizan en otras expresiones de dicha violencia y cómo a través de estas se vulneran también los derechos sexuales. Las estadísticas oficiales resultan poco útiles para analizar el impacto de la violencia porque solo se registran las denuncias y homicidios¹⁰. Esta disonancia entre las leyes, protocolos e informes de evaluación dificulta tener una visión clara y realizar un análisis real sobre situación de la violencia sexual en España.

12. **Recomendaciones:** El estado español debería

- Asegurar que todas las Políticas de Igualdad que se realicen tengan presentes los derechos sexuales. Los derechos sexuales no deben ser restringidos al ámbito sanitario.

⁵ 121/000041 Proyecto de Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_041-01.PDF

⁶ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE núm. 10, de 12 de enero), en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE núm. 307, de 23 de diciembre), por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (BOE núm. 234, de 30 de septiembre) y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE núm. 279, de 21 de noviembre). Modificada por Sentencia 236/2007, de 7 de noviembre, del Tribunal Constitucional (BOE núm. 295 -)

⁷ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/violencia/docs/A42166-42197.pdf>

⁸ <http://www.migualdad.es/ss/>

⁹ Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud para la actuación sanitaria ante la violencia de género, elaborado por consenso en el seno de la Comisión Contra la Violencia de Género <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun.htm>

¹⁰ Informe de Violencia de Género del MSCP

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2007/informeViolenciaGenero2007.pdf>

- Garantizar la incorporación de los derechos sexuales como línea de acción en las políticas de las CCAA, con el objetivo que se garanticen dichos derechos en todo el territorio español; con la correspondiente asignación de recursos específicos que aseguren la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Visibilizar el impacto de la violencia sexual en la vida de las personas, en especial de las niñas y mujeres, incluyendo la elaboración de programas de abordaje y tratamiento integrales, que permitan evitar la victimización secundaria y/o la violencia institucional que se dan en los protocolos de atención sanitaria
- Incorporar dentro del curriculum escolar la relación sinérgica entre género, sexualidades, derechos sexuales, VIH y violencia sexual.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: Aborto

13. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables garantiza el derecho a la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su vida. La OMS y los organismos científicos internacionales establecen muy claramente en qué términos se puede regular este derecho. La regulación del IVE es la principal estrategia que tienen las políticas de salud pública para erradicar los abortos inseguros, que son, a su vez, una de las principales causas de mortalidad materna, tal como se recoge en los Objetivos del Milenio. En España desde la despenalización parcial del aborto no existe constancia de que se produzcan casos de mortalidad materna a causa de abortos inseguros.

14. Actualmente, el aborto está penalizado¹¹ y existen tres condiciones para la despenalización: grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada (indicación terapéutica); cuando el embarazo provenga de una violación (indicación ética); cuando se presuma la existencia de graves malformaciones físicas o psíquicas en el feto (indicación por eugenesia). Tal como mencionamos, la despenalización es parcial, por lo tanto, el derecho a decidir sobre la maternidad y el derecho al aborto en España no están garantizados.

15. : Son las excepciones señaladas por el código penal las que permiten a las mujeres abortar en España, y esto pone en situación de desprotección jurídica a muchas de las mujeres que quieren abortar, tal como se ha podido comprobar en estos últimos meses en los juzgados donde llegan como imputadas o testigos. Los grupos "antielección" han realizado campañas de persecución y denuncias contra las clínicas acreditadas y contra las mujeres que pretenden ejercer su derecho a abortar en forma legal. Dichas campañas tienen por resultado la estigmatización de las mujeres y generan muchísimo sufrimiento.

16. Los motivos cubiertos por la despenalización notificados para la IVE fueron: salud materna el 96,93%, riesgo fetal, 2,91%, y violación 0,01%. Según los datos disponibles sobre IVE de 2007¹²: se notificaron 112.138 IVE. Se observa una tendencia creciente de IVE especialmente en menores de 30 años, que va desde 37,37% en el 2004 al 50,01% en el 2007. La mayoría de las IVE se realizan en las 12 primeras semanas de gestación: el 88,15%; entre las 13 y la 16 semanas se realiza el 6,20%; entre la 17 y 20 semanas el 3,69% y en las 21 semana y más se producen el 1,93%, lo que supone 2.164 mujeres. El 50% de mujeres que han abortado no había ido nunca a un centro de planificación familiar (66.582).

17. Sólo se practicó un 2,8% de las IVE en el sector público. 9 de cada 10 abortos voluntarios en España se realizan en el ámbito privado (clínicas especializadas acreditadas).

18. Cabe señalar la apreciable inequidad territorial, las Comunidades Autónomas de Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Murcia no tienen ningún servicio público donde se pueda realizar un IVE y en Navarra no existe ni servicio público ni privado para realizarla, lo que obliga a las mujeres a desplazarse a otras CCAA.

19. A pesar de la inexistencia de una estadística estatal oficial, el Informe del GIE sobre acceso al aborto en el Estado Español estima que la tasa de abortos en mujeres inmigrantes podría ubicarse en hasta 30 casos por cada mil mujeres, lo que señala las limitaciones en el acceso a servicios de salud reproductiva de las mujeres migrantes en España¹³.

20. Las recomendaciones: El Estado español debería

¹¹ Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, de 23 noviembre 1995. Artículo 145 del. <http://dgraj.mju.es/secretariosjudiciales/docs/CodigoPenal.PDF>

¹² Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2007. Ministerio de sanidad y Políticas Sociales.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

¹³ Informe del GIE sobre acceso al aborto en el Estado Español. http://www.grupogie.org/pdfs/acceso_aborto.pdf

- Asegurar no solo “formalmente” sino en la “práctica” el derecho a la maternidad libre y decidida, esto supone necesariamente suprimir el artículo 145 que penaliza el aborto en su totalidad, del Código Penal vigente
- Garantizar, a través de sus administraciones el acceso público y de calidad al IVE en todo el territorio español sin que las mujeres deban peregrinar por servicios ni cambiar de CCAA. Por tanto debe asegurar, generar y protocolarizar un entramado de recursos públicos para que se pueda realizar el IVE con garantías en todo el Estado.
- Modificar el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente para equiparar los derechos de las menores de 18 años ante una IVE con aquellos que ya tienen ante las demás intervenciones sanitarias.
- Revisar los programas de acceso y de promoción a la salud en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos. Implementación de un programa de educación sexual que incluya tanto el ámbito de las jóvenes escolarizadas como a mujeres adultas.
- Generar estrategias activas que incluyan a las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad para que efectivamente puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales: VIH/SIDA

21. Las estrategias en relación con el VIH/Sida vienen marcadas desde la Secretaria del Plan Nacional del Sida, dependiente del MSCP y están contempladas en los Planes Multisectoriales frente a la infección por VIH y el Sida, el último diseñado para el período 2008-2012. Dichos Planes Multisectoriales no han incorporado la perspectiva de género en el abordaje de la mayoría de temas. Aunque la variable sexo aparece en ellos, todavía encontramos carencias en el análisis de las variables ligadas al género que expliquen o den una imagen clara de la situación del VIH, y en concreto de las mujeres, en España. Un ejemplo son los datos relacionados con la situación de las mujeres migradas. En los últimos años (2003-2007), se registra una mayor proporción de mujeres migradas con nuevos diagnósticos, en tendencia ascendente, pero esta situación no es analizada para permitir las estrategias necesarias, entre ellas la inclusión de la violencia de género como un factor de vulnerabilidad frente a la infección

22. Las pruebas de detección del VIH en España son siempre de carácter voluntario y confidencial, tal y como recomienda ONUSIDA. Sin embargo, en las mujeres embarazadas o en situación de querer estarlo, estas pruebas se convierten en obligatorias ante la protocolización de las mismas en el seguimiento del embarazo. Las recomendaciones elaboradas desde el MSPS dirigidas a aconsejar la prueba a toda mujer en esta situación ha convertido a estas mujeres en el único sector de la población con “obligación” de realizarse las pruebas de detección del VIH, lo que supone la vulneración del derecho de las mujeres a la autonomía como pacientes.

23. Hemos detectado restricciones por “estatus de seropositivas” en el acceso a las casas de acogida para mujeres que han sufrido violencia de género.

24. La clasificación epidemiológica de “*grupos de riesgo*” del VIH, supuso la consolidación del estigma y la discriminación de determinados colectivos (homosexuales, personas usuarias de drogas,...) a la vez que la invisibilización de sectores de la población cada vez más afectados por la epidemia, principalmente mujeres, generando un déficit en el número de acciones y estrategias dirigidos a estos sectores. La terminología de “grupos de riesgo” se sigue manteniendo en las políticas de salud, dificultando la percepción del riesgo real.

25. **Recomendaciones:** El Estado español debería

- Incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos de la prevención, detección, investigación y atención. Esto supone incorporar elementos que describan, analicen y transformen la realidad de la epidemia del VIH, incluyendo aquellos de carácter socioculturales.
- Establecer mecanismos e instrumentos que evalúen aquellas situaciones que hacen que unas personas estén más expuestas a la infección o en riesgo de estarlo.
- Eliminar la inequidad en las prestaciones sanitarias en relación al VIH por falta de implicación de las CCAA en asumir sus responsabilidades y competencias.
- Generar estrategias de prevención que incorporen la promoción de los derechos sexuales con un modelo de reducción de riesgos.
- Generar estrategias activas de luchar contra el estigma y la discriminación por VIH/SIDA

El derecho a la equidad sexual¹⁴: Identidad sexual

26. La Ley española 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, supuso un avance, en la medida que ha simplificado los trámites para la modificación de las menciones de nombre y sexo en el Registro Civil, al tiempo que ha suprimido la exigencia para dicha rectificación de cirugías de reasignación sexual. Sin embargo, desde los colectivos LGTB, se manifiesta que todavía se sigue sin tener a nivel estatal una Ley integral sobre transexualidad, es decir, una ley que regule la identidad de género como tal así como sus implicaciones en los campos de la salud, el empleo, la documentación oficial de la persona, la transfobia, o el respeto a la diversidad en el sistema educativo.

27. Sigue siendo una cuestión pendiente la inclusión del tratamiento sanitario integral de las personas transexuales en el SNS. La realidad es que solo cuatro CCAA (Andalucía, Asturias, Cataluña y Madrid) han incorporado la totalidad de los tratamientos a la cartera de prestaciones sanitarias, incluidas las unidades de referencia especializadas.

28. Uno de los aspectos que recogen los protocolos para la atención sanitaria de las personas transexuales es la necesidad de un previo diagnóstico de "disforia de género" en caso de querer optar por un tratamiento clínico integral de reasignación sexual. Esto supone la patologización del hecho transexual, al tiempo que las instituciones biomédicas mantienen el control de la sexualidad y, en concreto, la identidad de género queda bajo su dictamen.

29. Se detectan numerosas situaciones de discriminación y estigmatización que influyen negativamente en el bienestar de las personas y que vulneran sus derechos sexuales. Estas discriminaciones son observables en el acoso escolar de las/os menores transexuales y, en su alto abandono escolar, así como en las dificultades de acceso al empleo. Todo ello, pone de manifiesto que, en la actualidad, la transfobia es una realidad en la sociedad española.

30. Las /os menores de edad se encuentran desamparadas/os en estos aspectos, ya que la ley 3/2007 hace mención específica a la mayoría de edad para la rectificación registral y cualquier otro tipo de intervención. El caso de un menor y su familia que ha llevado a tribunales la imposibilidad de la intervención quirúrgica de reasignación (2009)¹⁵, es un claro ejemplo de esta situación. Una iniciativa a resaltar es la "*Proposición de ley foral de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales*", presentada en marzo de 2009 en el Parlamento de Navarra, aún en tramitación. Esta proposición de ley implicaría acciones de carácter social tales como medidas de discriminación positiva en el empleo, servicio de asesoramiento jurídico y de atención psicosocial para las familias y personas allegadas, así como medidas para evitar todas las formas de exclusión y violencia en el ámbito educativo.

31. Recomendaciones: El Estado español debería

- Aplicar una ley integral de salud, no dependiente de la voluntad política de cada CCAA, que garantice –sin ningún tipo de distinción– el acceso a los servicios sanitarios y a sus prestaciones, incluido el tratamiento de asignación sexual, así como poner en marcha programas de carácter psicosocial de apoyo a las personas transexuales como a sus allegadas/os.
- Implementar políticas específicas contra la transfobia, haciendo especial hincapié en los espacios educativos y sanitarios, así como políticas de discriminación positiva en el empleo, que eviten –en particular– las situaciones de estigmatización y privación de derechos para las personas trans.
- Eliminar la obligatoriedad del diagnóstico previo de *disforia de género* para acceder a las prestaciones sanitarias de cirugía de reasignación de sexo en personas transexuales que muestren su deseo libre de optar por ellas.

¹⁴ Aspecto analizado bajo el asesoramiento de Martín Berenger Martín, vocalía jurídica de FELGBT.

¹⁵ *Un juzgado de Barcelona será el primero de España que tendrá que decidir si autoriza el cambio de sexo a un menor de edad...* <http://www.Laopinioncoruna/sociedad/2009/08/>