

**Examen Periódico Universal de España
21ª Ronda
Enero-Febrero 2015**

Presentado por:

Alianza por la Solidaridad



Creación Positiva



&

Sexual Rights Initiative



Resumen Ejecutivo: Este Informe lo presentan **Creación Positiva**¹, **Alianza por la Solidaridad**² y la **Iniciativa por los Derechos Sexuales**³; y trata sobre el derecho al aborto legal, seguro y accesible y sobre el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales en relación al VIH/SIDA, incluyendo recomendaciones al Gobierno Español.

Palabras Clave: Aborto, VIH/SIDA, salud, derechos sexuales y reproductivos.

Introducción:

1. España ha ratificado numerosas convenciones y acuerdos internacionales y regionales sobre derechos humanos que han sido incorporados en la legislación nacional. Asimismo, especialmente en los últimos años, se ha promulgado legislación específica que atañe de forma directa a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos,⁴ con el fin de garantizarlos y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos. De igual modo, existen numerosas leyes, normas y protocolos que regulan su aplicación. Sin embargo, siguen existiendo varias debilidades en el diseño y aplicación real de dichas leyes, normas y protocolos, que dificultan el goce efectivo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad para todas las mujeres en todo el país.⁵

Derecho al aborto legal, seguro y accesible

2. El derecho a la toma de decisiones, libres y responsables en relación a la reproducción y maternidad es parte del derecho a la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, su sexualidad y su vida. La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo 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.
3. En España, actualmente la interrupción voluntaria del embarazo se regula por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LOSSRIVE). Bajo la legislación vigente no existe constancia de que se produzcan casos de mortalidad materna a causa de abortos inseguros.
4. La ley establece que el aborto se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las 14 semanas, y hasta las 22 semanas, si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Contempla 3 días de reflexión y permite la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales médicos intervinientes.
5. A pesar de que la legislación⁶ establece que la interrupción voluntaria del embarazo debe estar incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, no resulta siempre sencillo acceder a dicha prestación a través del sistema público sanitario español. En varias comunidades autónomas ningún establecimiento u hospital público ofrece el servicio y las mujeres son derivadas a clínicas privadas.⁷ Dicha derivación se da de forma muy variada en las diferentes comunidades autónomas y se han observado importantes obstáculos, entre otros: trámites administrativos de larga duración, traslado entre comunidades autónomas y/o provincias e incluso el adelanto de pago por la prestación por parte de las propias mujeres. En algunos

¹ **Creación Positiva (CREA)** es una asociación 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 **Alianza por la Solidaridad (ApS)** es una organización que trabaja a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de la incidencia política, la investigación, la sensibilización y la cooperación al desarrollo. La autora del presente informe en nombre de ApS es Sandra Johansson.

³ **La Iniciativa por los Derechos Sexuales (SRI)** es una coalición integrada por Action Canada for Population and Development; CREA-India; AKAHATA- Equipo de Trabajo en Sexualidades y Géneros; Polish Federation for Women and Family Planning, y otras.

⁴ La Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo 2/2010 (LOSSRIVE)

⁵ España, es un Estado Autonomo, que cuenta con diecisiete comunidades autónomas, además de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Las comunidades autónomas cuentan con autonomía de naturaleza política, mientras que las entidades locales, como municipios y provincias, gozan de autonomía de naturaleza administrativa. Las competencias legislativas en materia de salud están establecidas en base a esta organización político-territorial: con una Administración General representada por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (MSPS) y con los sistemas de las Comunidades Autónomas (CCAA) cuyas administraciones y competencias se encuentran en sus respectivos Estatutos de Autonomía.

⁶ LOSSRIVE artículo 18.

⁷ Por ejemplo las comunidades autónomas de Aragón, Extremadura, Castilla la Mancha Castilla y León.

casos las clínicas privadas concertadas se han negado a realizar más intervenciones por falta de pago por parte de las comunidades autónomas.⁸ Esta apreciable inequidad territorial implica un incumplimiento de la ley en cuanto a que no se garantiza el acceso equitativo a la interrupción voluntaria del embarazo a todas las mujeres por igual, con independencia del lugar de residencia, a través del sistema sanitario público.⁹ En la práctica, la mayoría de las interrupciones se realizan en centros privados,¹⁰ y su coste recae en gran medida por las propias mujeres.¹¹

6. La situación es especialmente grave para las mujeres inmigrantes no regularizadas y para muchas españolas pobres no aseguradas, que han perdido el derecho a la atención sanitaria pública gratuita a raíz de la reforma realizada en el año 2012¹². Dicha reforma reconoce el embarazo, parto y postparto como circunstancias especiales en las que se garantiza el acceso a la asistencia sanitaria, pero en algunas comunidades autónomas estas situaciones se interpretan de forma restrictiva, excluyendo al aborto de las prestaciones garantizadas. En la práctica las mujeres inmigrantes pueden interrumpir voluntariamente su embarazo, pero no siempre de forma gratuita a través del sistema público, como se establece en la LOSSRIVE.
7. Las mujeres que desean interrumpir voluntariamente su embarazo deben recibir, de acuerdo con la ley, información clara, objetiva y comprensible. No obstante, la calidad, accesibilidad e imparcialidad de la información depende de la comunidad autónoma en la que se viva y existe una enorme disparidad territorial. En algunas comunidades autónomas se brinda información sesgada, que va en contra de la decisión libre y voluntaria de la mujer, y en otras no se proporciona información sobre anticoncepción y sexo seguro.
8. La objeción de conciencia por parte de las y los profesionales sanitarios constituye otra barrera para el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo en España, vulnerando el derecho a la salud de las mujeres, dándose incluso casos en los que se ha negado el aborto terapéutico a mujeres con graves problemas de salud.¹³
9. Lejos de abordar los problemas mencionados, en diciembre 2013, el Estado presentó un anteproyecto de ley denominado "Ley Orgánica de Protección de los Derechos del Concebido y de la Mujer Embarazada". Dicho anteproyecto constituye una gravísima amenaza a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y de aprobarse supondría la ley de aborto más restrictiva de la democracia española; en contradicción con los estándares internacionales en derechos sexuales y reproductivos establecidos por Naciones Unidas¹⁴ y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.¹⁵ Por estas razones, ha generado contundentes protestas del movimiento de mujeres en todo el país.
10. El anteproyecto de ley pretende penalizar la interrupción voluntaria del embarazo en España, contemplando únicamente dos situaciones de excepción: a) grave riesgo para la vida o salud de la mujer, avalado por dos informes médicos de dos especialistas. b) violación, siempre y cuando exista denuncia previa. Al suprimir la interrupción del embarazo por libre elección de la mujer, el anteproyecto restringe gravemente la libertad de las mujeres, y su salud sexual y reproductiva y atenta contra su dignidad y autonomía. Asimismo, el mencionado anteproyecto amplía el alcance de la objeción de conciencia¹⁶ y extiende el tiempo de espera obligatorio a 7 días, introduciendo así obstáculos importantes en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo incluso en las dos situaciones en las que el aborto estaría permitido.

⁸ Por ejemplo en el caso de la comunidad autónoma de Castilla la Mancha.

⁹ LOSSRIVE artículo 19.

¹⁰ En 2012, sólo el 6,49% de las interrupciones voluntarias del embarazo se hicieron en la red sanitaria pública.

¹¹ Según un estudio de Centro Clínico El Bosque de Madrid de 2010 el 54% de las mujeres se habían costeado el aborto.

¹² Real decreto ley 16/2012 de 20 de abril.

¹³ Ejemplo de ello es lo ocurrido el 23 de enero de 2014 en el Hospital Público de La Paz, uno de los mayores en la comunidad autónoma de Madrid, donde se negó el aborto terapéutico a una embarazada en riesgo inminente de septicemia

¹⁴ Ver, por ejemplo, las recomendaciones del Relator Especial de Salud de Naciones Unidas (A/66/254 de agosto 2011) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW/C/2014/I/CRP)

¹⁵ Ver por ejemplo: Tribunal Europeo de Derechos Humanos, RR v. Poland, sentencia del 26 de mayo de 2011, [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-104911#{"itemid":\["001-104911"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-104911#{) (consultado el 3 de abril de 2014), párr. 200; párr. 206; P. and S. v. Poland, sentencia del 30 de octubre de 2012,

[http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/Pages/search.aspx?i=001-114098#{"itemid":\["001-114098"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/Pages/search.aspx?i=001-114098#{) (consultado el 3 de abril de 2014), párr. 106 y Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Tysi'c v. Poland, sentencia del 20 de marzo de 2007,

[http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-79812#{"itemid":\["001-79812"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-79812#{), párr. 124.

¹⁶ A diferencia de la ley actual, que sólo permite la objeción de conciencia para los/as profesionales que intervienen directamente en la interrupción voluntaria del embarazo y que deben manifestarla por escrito y por anticipado, el anteproyecto extiende la misma a todos/as los/as profesionales médicos en cualquier momento.

11. Es sabido que las leyes que rigen el aborto influyen poco a nada en el número de abortos que se realizan, pero determinan en gran medida si estos se llevan a cabo en condiciones de seguridad o –por el contrario- de grave peligro para la vida de las mujeres. En caso de que el anteproyecto mencionado se convirtiera en ley, dejaría fuera de la legalidad la gran mayoría de los abortos que actualmente se producen en España, que son a petición de la mujer¹⁷ y obligaría a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos, mediante métodos y recursos no siempre autorizados, a menudo en condiciones poco salubres¹⁸ o viéndose obligadas a viajar fuera del país. Las mujeres inmigrantes no regularizadas y las mujeres de pocos recursos económicos serían las más perjudicadas, ya que difícilmente podrían costearse un aborto seguro en otro país.
12. El anteproyecto de ley mencionado también afectaría de forma especial los derechos a la autonomía, la privacidad y la intimidad de las mujeres menores de 18 años y de aquellas que se encuentran sometidas a un régimen de tutela legal, ya que padres o tutores legales deberían emitir su consentimiento y –en ausencia de este- otorga amplia discrecionalidad a los jueces para autorizar o no la interrupción voluntaria del embarazo.

Recomendaciones

El Estado español debería

13. Retirar de forma inmediata el anteproyecto de ley "*Ley Orgánica de Protección de los Derechos del Concebido y de la Mujer Embarazada*" en tanto representa una grave vulneración del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos vigentes y es contraria a los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva.
14. Garantizar el acceso público, gratuito y de calidad a la interrupción voluntaria del embarazo en igualdad de condiciones en todo el territorio español, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010.
15. Garantizar la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en todo el territorio del país que permitan el acceso efectivo a métodos de anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo de todas las mujeres y adolescentes, en especial de aquellas en situación de vulnerabilidad, eliminando las barreras legales existentes, como el Real Decreto Ley 16/2012.
16. Establecer un protocolo común para todo el Sistema Nacional de Salud con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a una información científica, objetiva, comprensible en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, en los términos que establece la Ley Orgánica 2/2010.
17. Implementar en todo el territorio mecanismos y procedimientos para que la objeción de conciencia del personal médico no constituya un impedimento para el acceso efectivo e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual en relación a la epidemia del VIH

18. A pesar de la reducción apreciable de la mortalidad y morbilidad relacionadas con la epidemia de VIH, aún no existen en el Estado Español mecanismos y políticas públicas que garanticen el derecho a la autonomía, a la integridad personal y a la salud sexual a través de prácticas sexuales seguras, siendo este uno de los retos más importantes en el área de la salud pública¹⁹.

¹⁷ Actualmente, un 91,26% de todas las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en España son a petición de la mujer, un 5,26% por grave riesgo para la vida o la salud de la mujer, un 2,78% por riesgo de graves anomalías en el feto, un 0,27% por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable y un 0,01% por varios motivos. Ver: <http://ep00.epimg.net/descargables/2013/12/22/458583945afbfe7b97575ef9c79f07be.pdf>

¹⁸ NNUU, Informe provisional del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/66/254 de agosto 2011), p.10

¹⁹ Según el informe Tendencia período 2007- 2012, se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH según mecanismo de transmisión: en UDI las tasas descienden (1/100.000 habitantes en 2007 frente a 0,5 en 2012); en la transmisión heterosexual tienden a estabilizarse, sobre todo teniendo en cuenta el retraso en la notificación; y aumentan claramente en HSH (10,1/100.000 hombres en 2007 frente a 11,1 en 2012) aunque las cifras podrían estar estabilizándose en niveles altos. Como resultado de estas tendencias contradictorias, las tasas globales están bastante estables. Al inicio del período, el porcentaje de personas extranjeras permanecía estable, pero a partir de 2010 se ha iniciado un descenso. El diagnóstico tardío desciende levemente en el conjunto de datos, desde el 50% en el año 2007 al 47% en 2012, pero la diferencia no es significativa. Según el Registro Nacional de Casos de Sida, desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 83.171 casos de sida. Con respecto al 2011, en el año 2012 descendieron un 5%, principalmente por el

19. El VIH constituye una pandemia por vía sexual²⁰ en España, las tasas son superiores a la media del conjunto de la Unión Europea²¹. La transmisión entre Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH) es la categoría mayoritaria en los nuevos diagnósticos, y crece año a año²². Sin embargo no se han generado políticas de tratamiento y prevención de la pandemia que resulten eficaces, como tampoco estrategias de sensibilización para combatir los distintos tipos de discriminaciones que atraviesan el VIH/Sida, como la estigmatización de las personas afectadas, la homofobia o las violencias sexuales contra las mujeres. Tampoco existe en el sistema educativo español un programa de educación sexual actualizado, efectivo y obligatorio.
20. La prevención del VIH en España, se articula a través de planes o programas multisectoriales o interdepartamentales de las comunidades autónomas, que, en la mayoría de los casos, carecen de una planificación operativa de cómo y quién debe ejecutarlos. Dichos planes, al no estar regulados por una ley específica o decreto, carecen de una dotación económica vinculada a las intervenciones.
21. A este escenario de recortes estructurales y económicos de la administración central se le suma que los numerosos recortes realizados por las Comunidades Autónomas²³. Esta situación acrecienta la inequidad territorial y aumenta las desigualdades sociales y sanitarias que ya sufren las personas seropositivas, en especial las personas migrantes, las cuales ya estaban siendo afectadas por medidas de “austeridad”, tales como: recorte de pensiones y ayudas sociales, desahucios, requisitos exigentes para acceder a trabajos, entre otras.
22. La inequidad territorial en materia de prevención del VIH se ha agravado en los últimos 2 años, por el recorte drástico del Ministerio Sanidad Servicios Sociales e Igualdad a los programas específicos que tenían las Comunidades autónomas.
23. A todo ello, se le suma que en el 2012 el Gobierno central recorta el 78% del presupuesto que destinaba a las ONG de lucha contra el sida, hecho que no solo ha dejado muy frágil al tejido asociativo sino que además ha acabado con limitar la respuesta social que se está dando a la pandemia del VIH en España con el consiguiente riesgo de aumento de casos
24. Se observa con preocupación, que las políticas públicas que están siendo diseñadas por el gobierno en materia de VIH carecen de perspectiva de género, no contemplan los derechos sexuales y reproductivos y no contienen un enfoque de derechos humanos.²⁴
25. Asimismo la aplicación del Real Decreto 16/2012 supone la restricción del acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes indocumentadas, que –de este modo- no pueden acceder a tratamientos antirretrovirales, ni de prevención del VIH/Sida.
26. Las violencias de género siguen sin contemplarse como una de las principales causas de la epidemia de VIH y por lo tanto no se dispone de protocolos efectivos para su abordaje tratamiento. Desde hace años, en varias zonas del país existe discriminación en el acceso a casas de acogida de las mujeres maltratadas que viven con VIH, sin que el Estado tome medidas efectivas que corrijan dicha situación.
27. A pesar de que la doble infección por VIH y VHC es muy alta, algunas Comunidades Autónomas han restringido el acceso a los tratamientos de VHC²⁵. Esta situación puede tener gravísimas repercusiones a medio plazo, pues la mortalidad asociada a la cirrosis es una de las principales causas de muerte y de una peor calidad de vida para las personas que viven con VIH.

Recomendaciones: El Estado español debería

descenso continuado en la transmisión UDI (16%). La proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no es España ha ido subiendo progresivamente desde el año 1998 hasta alcanzar el 31% en 2012.

²⁰ Las tasas anuales de nuevos diagnósticos por 100.000 habitantes varían de 9,8 en 2003 a 9,9 en 2011 y 8,5 en 2012

²¹ www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf

²² Documento de trabajo sobre el impacto de las políticas de austeridad en la respuesta al VIH/sida en el estado español. EATG, European AIDS Treatment Group

²³ <http://www.dosmanzanas.com/2010/02/golpe-mortifero-de-la-comunidad-de-madrid-a-las-ong-de-lucha-contra-el-vihsida-en-colectivos-vulnerables.html>

²⁴ A modo de ejemplo, la propuesta aún no aprobada del Plan Estratégico de prevención y control de la infección por el VIH, y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016

²⁵ VHC (Virus de la Hepatitis C) <http://mediosysida.org/calcsicova-considera-injustas-las-medidas-adoptadas-al-tratamiento-de-la-hepatitis-c/>

28. Integrar los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género en todos los planes y ámbitos de prevención, detección, investigación y atención en VIH, que posibiliten un cambio sociocultural en relación a la discriminación hacia las personas afectadas.
29. Garantizar el acceso igualitario, efectivo y gratuito de las personas que viven con VIH y VHC a los servicios de salud, incluyendo el acceso a tratamientos antirretrovirales y a las terapias contra las hepatitis víricas, eliminando las barreras legales existentes, como el Real Decreto Ley 16/2012
30. Implementar políticas públicas tales como un pacto social y programas de sensibilización para eliminar el estigma y la discriminación asociada al VIH
31. Garantizar a las personas que viven con VIH –en particular a las migrantes- el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones igualitarias en todo el territorio del país y sin ningún tipo de discriminaciones.
32. Implementar las medidas necesarias para que la Administración General y la de las Comunidades Autónomas destinen los recursos económicos, científicos, técnicos y humanos necesarios para llevar a delante y sostener un plan nacional para combatir la pandemia de VIH
33. Implementar y fortalecer estrategias de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual desde una perspectiva de derechos humanos, que incluyan la prevención del VIH e ITS en todos los ámbitos educativos y sanitarios del territorio español.