

Examen Periódico Universal - 21ª Ronda

Informe sobre España

Enero-Febrero 2015

Este Informe es presentado por la **Federación de Planificación Familiar Estatal**¹ y la **Iniciativa por los Derechos Sexuales**²; y trata sobre derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre el derecho a la educación sexual integral y a la anticoncepción. Incluye recomendaciones al Estado Español.

Palabras Clave: Educación sexual, salud sexual y reproductiva, jóvenes y adolescentes, métodos anticonceptivos

I.- ACCESO A LA EDUCACIÓN SEXUAL

1. En España, los datos sobre la salud sexual de los/as jóvenes y adolescentes muestran que 1.400 adolescentes dan a luz cada año, unas 13.000 mujeres jóvenes interrumpen su embarazo y el 35,6% de los/as jóvenes de entre 15 y 19 años no utiliza ningún anticonceptivo, llegando a 23,1% el porcentaje de aquellos/as jóvenes que se protegen pero no lo hacen de manera adecuada. Respecto a la infección por VIH, el 26% de los nuevos diagnósticos corresponden a menores de 29 años³. Asimismo, el ratio de centros de atención a la sexualidad juvenil es inferior a la veintena, aun cuando los organismos internacionales recomiendan un centro específico adaptado a las necesidades y características de las personas jóvenes por cada 100.000 habitantes menores de 29 años.

2. El derecho a la educación⁴ incluye el derecho a la educación sexual integral, que pretende dotar a niños y jóvenes de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que necesitan para que su vivencia de la sexualidad sea positiva y libre de riesgos, tanto física como emocionalmente, de forma individual y en las relaciones interpersonales. La educación sexual integral, basada en un marco de derechos, considera la sexualidad de manera holística, en el contexto del desarrollo emocional y social y directamente vinculada a otros derechos, como el acceso a servicios amigables de atención a la sexualidad o a la más amplia gama de métodos anticonceptivos seguros.

3. La educación sexual es una materia recomendada por el Estado español mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁵, que establece que “una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada (...) es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos”; pero no es obligatoria. De hecho, la legislación sobre educación –LOMCE⁶– no hace ninguna referencia a la educación sexual en los contenidos curriculares escolares. No existe ni como asignatura obligatoria ni como asignatura optativa y tampoco se encuentra reflejada de forma explícita como parte de las áreas de conocimiento existentes o de las competencias básicas a adquirir por parte del alumnado.

¹ La **Federación de Planificación Familiar Estatal** es una Organización No Gubernamental compuesta por Asociaciones de siete Comunidades Autónomas de profesionales sociales y sanitarios. Desde 1987, fecha de su constitución se ha convertido en una organización de referencia en la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Estado español.

² 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.

³ Datos del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013) y del Estudio Daphne sobre anticoncepción (2011)

⁴ El Estado español ha ratificado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y la Convención sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes en 1990. En ellas se plantea el derecho de todas las personas a la educación como uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y se reconoce el derecho de todas las personas a acceder a una educación con los más altos estándares de calidad.

⁵ <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

⁶ Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa; <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>

4. Por las razones mencionadas, la educación sexual sólo en algunos casos es impartida en el contexto formal por parte ciertos/as profesores y profesoras durante las horas asignadas a la tutoría, quedando delegada la responsabilidad a cada centro y dependiendo del interés y voluntad del profesorado el enfoque y los contenidos abordados. Unos contenidos que, en líneas generales, adolecen de un enfoque heterosexual, que limita la sexualidad a la etapa reproductiva y orienta la información exclusivamente a la prevención de riesgos, especialmente los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

5. Al no estar reconocida como materia educativa, no hay un presupuesto específico asignado a la educación sexual a nivel nacional. Sólo en ciertas ocasiones determinadas Comunidades autónomas⁷ y/o Ayuntamientos desarrollan programas específicos o proporcionan financiación para la realización de talleres en los centros educativos, que son impartidos por diferentes organizaciones (organizaciones de la sociedad civil, religiosas, de la salud, políticas, empresas privadas, etc.) que abordan la educación sexual desde diversos enfoques, careciendo de una adecuada sistematización y muchas veces, de contenidos científicos actualizados.

6. A diferencia de lo que ocurre en relación a otros contenidos no curriculares en el profesorado, no existe información ni marco de referencia sobre el contenido de la educación sexual. Asimismo, los materiales educativos existentes, elaborados por equipos profesionales, no están integrados ni son accesibles para el conjunto de las personas que cursan profesorado, a pesar de la recomendación de la legislación actual de “proporcionar información y materiales accesibles, adecuados a las diferentes edades⁸”.

7. Por último, el trabajo de capacitación de profesionales de la salud y de sensibilización dirigido a las familias se reduce a experiencias concretas que parten de iniciativas privadas, a pesar de que la legislación establece que “los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual (...), facilitando información adecuada a los padres y las madres⁹”.

Recomendaciones:

El Estado español debería:

8. Realizar las modificaciones legislativas pertinentes a fin de incorporar la educación sexual en el currículo escolar desde la etapa de Educación primaria hasta Bachillerato, integrando contenidos relacionados con un ejercicio de la sexualidad responsable, el cuidado de la salud sexual y reproductiva y el respeto a las y los pares y adultos, desde una perspectiva de derechos humanos a través de todas las asignaturas que integran el currículo escolar.

9. Desarrollar contenidos curriculares sobre educación sexual con un enfoque integral, donde a la prevención de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y otros riesgos asociados a la sexualidad, se sumen los conocimientos y habilidades para que las y los jóvenes conozcan sus deseos, adopten decisiones responsables y puedan disfrutar de una vida sexual sana y placentera, cualquiera que sea su orientación y prácticas sexuales.

10. Impulsar proyectos comunitarios en todo el territorio del país que permitan involucrar en la promoción de la educación sexual a toda la comunidad educativa, a la familia, a los grupos de iguales y a profesionales sociales y sanitarios. La educación sexual debería complementarse, asimismo, con la existencia de servicios específicos de atención a la sexualidad juvenil en el sistema de salud nacional y de todas las Comunidades Autónomas. .

⁷ En algunas Comunidades autónomas, como Cataluña y Andalucía, existen programas específicos. En el caso de Cataluña, el programa “Salut i escola” (<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut>) establece la colaboración entre los centros de salud y los centros escolares para impartir talleres de carácter preventivo. En Andalucía, el programa “Forma joven” (<http://www.formajoven.org/>) facilita la realización de talleres con material específico sobre sexualidad y anticoncepción

⁸ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LOSSRIVE).

⁹ Ibidem

11. Garantizar al profesorado una formación unificada y sistematizada en materia de sexualidad, con el objetivo de lograr la actualización de conocimientos y de estrategias para el trabajo con jóvenes, así como el acceso a materiales específicos.

12. Acometer la elaboración de materiales específicos informativos sobre educación sexual, adaptados a las diferentes etapas educativas, que se encuentren accesibles para profesorado y alumnado en los propios centros educativos y en formato digital a través de sitios web.

II.- ACCESO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

13. El acceso a los métodos anticonceptivos es un componente fundamental del ejercicio de los derechos reproductivos y por tanto de la salud y el bienestar de todas las personas¹⁰. Se inscribe en su derecho a adoptar decisiones relativas a su vida reproductiva, a determinar libremente si quieren o no tener hijos e hijas y, en su caso, su momento y frecuencia. Por tanto el ejercicio de este derecho está íntimamente relacionado con los derechos humanos a la igualdad, a la información, a la educación sexual, a la atención y protección de la salud, a la privacidad y a la confidencialidad, a la libertad e integridad corporal, a optar por los diversos modelos de convivencia y a la participación.

14. A nivel nacional España cuenta con un marco normativo definido a partir de la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 (marzo de 2010) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Entre otros objetivos, contempla garantizar el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficientes para el control de la fertilidad y la reducción de los embarazos no deseados o no planificados, y “la inclusión de aquellos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública”.

15. En 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aprobó la “Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva”, instrumento previsto en la mencionada ley, como herramienta de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia. Entre sus objetivos figura ofrecer un alto nivel de atención en salud sexual y reproductiva dentro del Sistema Nacional de Salud, haciendo especial énfasis en el acceso a la planificación familiar y a los métodos anticonceptivos modernos, así como en la formación de las y los profesionales de la salud.

16. Este marco general establecido por la ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y desarrollado en la Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva, define claramente la necesidad de garantizar el acceso a la anticoncepción. Es el marco de referencia para todas las Comunidades Autónomas, aunque los gobiernos autonómicos pueden disponer de normas particulares para su desarrollo. Sin embargo la implementación de esta normativa se ha visto afectada negativamente por varios factores políticos, económicos, asistenciales y legales.

17. En España, el acceso a la anticoncepción está limitado y depende en gran medida, del lugar de residencia de las mujeres, ya que los recursos y servicios en materia anticonceptiva están a cargo de las comunidades autónomas, quienes establecen las pautas de acceso de acuerdo a sus políticas en materia de salud sexual y reproductiva.

¹⁰ A nivel internacional, tanto la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (Cairo), como la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre la mujer (Beijing 1985), ambas suscritas por el gobierno español, señalan que “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción”.

18. Desde el 1 de agosto de 2013 se han excluido de la financiación del sistema público de salud ocho marcas de píldoras anticonceptivas hormonales de última generación, después de que las compañías fabricantes no aceptaran el precio máximo fijado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el grupo terapéutico de anticonceptivos hormonales.

19. En España, las mujeres deben pagar un porcentaje considerable de los medicamentos y métodos anticonceptivos que figuran en la Cartera de Servicios de la Seguridad Social. En algunas Comunidades Autónomas los gobiernos financian el DIU, su implante y los preservativos masculinos (frecuentemente asociados a programas puntuales de prevención del VIH/SIDA). La anticoncepción de urgencia es de libre dispensación en farmacias, con un costo para la usuaria de 20 euros lo que constituye una barrera económica considerable.

20. Por otra parte, no existe una política de reembolso de los costes para que las y los jóvenes puedan acceder a los métodos anticonceptivos. Solo en algunas Comunidades Autónomas o en algunos Ayuntamientos se les facilita el acceso a los preservativos, en el marco de programas específicos puntuales.

21. Si bien todas las Comunidades Autónomas ofertan anticonceptivos de acuerdo a las normas establecidas en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, existe mucha disparidad regional en cuanto a la calidad, cantidad y diversidad de métodos comprendidos en la cobertura que brinda cada una, por lo tanto, la accesibilidad a los métodos anticonceptivos varía en función del anticonceptivo que se trate y de la Comunidad Autónoma en la que se resida.

22. En España, para una población de 6 millones de jóvenes, hay 20 centros específicos de atención a sus necesidades en salud sexual y reproductiva¹¹, situación que vulnera los derechos de jóvenes y adolescentes al acceso a la salud sexual y reproductiva y a recibir información científica, objetiva y actualizada sobre el ejercicio de la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar.

23. A nivel nacional, no existen programas formativos que garanticen la actualización de los conocimientos de las y los profesionales sanitarios en materia de anticoncepción, particularmente sobre los nuevos métodos anticonceptivos de última generación.

24. Desde el mes de septiembre de 2013 las personas inmigrantes indocumentadas así como las personas desocupadas o jóvenes sin ingreso a la seguridad social no tienen acceso a la cobertura de medicamentos ni acceso a la atención sanitaria en la red sanitaria pública salvo urgencias, maternidad y atención infantil hasta los 18 años¹². Por lo tanto, las mujeres en dichas situaciones tampoco tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, quedando sin cobertura alguna en materia de anticoncepción.

25. Aunque no existen datos desagregados a nivel nacional, la mayor cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo se registran entre mujeres jóvenes y mujeres migrantes (poner a pie de página el nombre y el link del estudio estadístico que respalde esta afirmación), muchas de las cuales –como ya señalamos– se encuentran indocumentadas, o en situaciones de pobreza y desocupación.

26. Además de los obstáculos mencionados, existen factores culturales que condicionan el uso de anticonceptivos. A nivel nacional, el 30% de las mujeres en edad reproductiva no utiliza métodos anticonceptivos en sus prácticas sexuales, por lo que se exponen a embarazos no deseados y a contraer infecciones de transmisión sexual.

¹¹ En lo que se refiere a la atención a jóvenes, en ningún caso se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece la necesidad de un Centro específico de atención a jóvenes por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años.

¹² Esta situación afecta aproximadamente a 153.000 personas.

Recomendaciones:

El Estado Español debería

27, Actualizar y aplicar la legislación existente en materia de salud sexual y reproductiva y eliminar el Real decreto ley 16/2012 a los efectos de garantizar la prestación de servicios de anticoncepción segura y actualizada a todas las mujeres que habitan en territorio español, que permita el acceso gratuito a la gama completa de métodos anticonceptivos existentes.

28, Implementar programas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva en todas las Comunidades Autónomas que cuenten con financiación estable y suficiente para facilitar el acceso a todos los métodos anticonceptivos, particularmente de la población joven.

29. Asegurar la atención en materia anticonceptiva a toda la población, implementando políticas y medidas específicas para aquellos colectivos que, se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad económica, social o cultural.

30. Garantizar a todas las mujeres migrantes el acceso a las prestaciones e insumos que les sean necesarios en materia de salud sexual y reproductiva, eliminando las barreras legales que obstaculizan este acceso a las mujeres inmigrantes indocumentadas.

31. Garantizar a las personas jóvenes y adolescentes el acceso a consejerías y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, gratuitos, accesibles, con funcionamiento continuado y horarios amplios - incluidos los fines de semana- que ofrezcan una atención integral, con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, donde la confidencialidad esté asegurada.

32. Desarrollar programas formativos, de actualización sobre salud sexual y reproductiva, y en particular sobre anticoncepción, para las y los profesionales y agentes de la salud de atención primaria.

33. Crear organismos consultivos con la participación de sociedades científicas, entidades de planificación familiar y otras asociaciones de la sociedad civil, para el seguimiento de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.