

Universal Periodic Review of Spain

35th Session

January 2020

INFORME CONJUNTO

Federación de Planificación Familiar Estatal
Calle San Vicente Ferrer 86, local izq., 28015, Madrid
www.fpfe.org



FPFE

Federación
de Planificación
Familiar Estatal

Desde 1987, la FPFE trabaja con la misión de que todas las personas puedan ejercer el derecho de acceder a la información y los servicios que necesitan para vivir su sexualidad y disfrutar de salud sexual y salud reproductiva de una forma libre, segura y satisfactoria. Creemos que los derechos sexuales y reproductivos deben ser promovidos y garantizados por el Estado, así como reconocidos y demandados por los/as ciudadanos y ciudadanas.

Desde estas premisas, la FPFE actúa para:

- Formar y concienciar sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos.
- Incidir sobre los poderes públicos para que adopten las medidas necesarias para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.
- Atender las necesidades no satisfechas en salud sexual y reproductiva de todas las personas, especialmente de las que están en mayor situación de vulnerabilidad.

y

Sexual Rights Initiative

Rue de Monthoux 25

Geneve

www.sexualrightsinitiative.com



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

Resumen ejecutivo

1. Este Informe presentado por la Federación de Planificación Familiar Estatal¹ trata sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos en el Estado español, en particular se centra en el derecho a la educación sexual integral y al acceso a los métodos anticonceptivos. Se incluyen recomendaciones al Estado Español.
2. El gobierno conservador que ha estado en el poder desde diciembre de 2011 hasta junio de 2018 no mejoró la situación en relación con las recomendaciones hechas a España durante el pasado EPU y, en general, sobre ningún otro aspecto relacionado con la Educación Sexual Integral ni el acceso a métodos anticonceptivos.
3. El acceso universal al sistema público de salud no ha sido reestablecido para todas las mujeres, incluyendo a mujeres migrantes, por el Decreto 7/2018 que no ha derogado el Decreto Real-Ley 16/2012 ni ha eliminado los copagos debido a la falta de regulación. Haciendo caso omiso a las recomendaciones del Comité CEDAW, fue aprobada la Ley Orgánica 11/2015 que priva a las mujeres jóvenes entre 16 y 17 años de su autonomía para tomar decisión sobre la interrupción del embarazo, requiriendo el consentimiento de los padres.
4. La objeción de conciencia obstruye el acceso al aborto de las mujeres que acuden al sistema público de salud. En relación con la salud sexual y reproductiva, no se garantiza la práctica, disponibilidad y accesibilidad de servicios y de anticoncepción de emergencia, incluyendo aquellos de emergencia para todas las mujeres y adolescentes, especialmente aquellas que enfrentan las disparidades existentes entre regiones.
5. El status quo no permitió el desarrollo efectivo de la estrategia en salud sexual y reproductiva establecida en la Ley 2/2010 sobre salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, lo que ha paralizado su implementación en varios aspectos en los últimos años. El cambio de esta estrategia por un Plan Nacional en Salud Sexual y Reproductiva facilitaría su implementación y desarrollo.

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

6. La falta de financiación pública de métodos anticonceptivos modernos —especialmente desde 2013—, la deficiencia en el acceso a la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar —especialmente para los grupos más vulnerables de la población como las personas jóvenes, migrantes, con discapacidad y otras dificultades sociales—, así como la falta de desarrollo de centros de atención a la sexualidad juvenil adaptados a sus contextos y lenguajes, son las consecuencias más importantes del status quo del ambiente político.

I.- ACCESO A LA EDUCACIÓN SEXUAL

Recomendación recibida y aceptada por España durante la sesión 21:

131.141 Estudiar la posibilidad de incorporar la cuestión de la salud sexual y reproductiva en los planes de estudios escolares (Eslovenia);

Evaluación de la implementación: No hubo implementación en absoluto.

7. El derecho a la educación² incluye el derecho a la educación sexual integral, que su ejercicio dota 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.
8. Sin embargo, en España, los jóvenes mantienen sus primeros encuentros sin haber tenido acceso a una educación sexual adecuada y a los servicios de atención a la sexualidad que necesitan. El número 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.
9. Esta falta de acceso a la información puede dar lugar a una serie de riesgos. De hecho, los datos sobre la salud sexual de los jóvenes y adolescentes españoles muestran que en 2017 9.775 adolescentes dieron a luz, 7.839 adolescentes interrumpieron su embarazo³ y que en 2018 el 28% de los/as jóvenes de entre 15 y 19 años no utiliza ningún anticonceptivo, llegando a 29,1% el porcentaje de aquellos/as jóvenes que se

² 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

³ Datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018).

protegen pero no lo hacen de manera adecuada⁴. Respecto a la infección por VIH, el 26% de los nuevos diagnósticos corresponden a menores de 29 años.

10. La educación sexual aparece reflejada en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁵, en la que se afirma 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”.
11. A pesar de que la propia Ley afirma que “Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo”, la legislación sobre educación no hace todavía ninguna referencia a la educación sexual en los contenidos curriculares escolares. Si bien la Ley incluye un objetivo vinculado a esta área de conocimiento “Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad”, 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.
12. Al no estar reconocida como materia educativa, no hay un presupuesto específico asignado a la educación sexual a nivel estatal. Sin embargo, durante los últimos años, algunas Comunidades Autónomas⁶ han desarrollado planes específicos que incluyen talleres en colegios. Estos talleres son llevados a cabo por organizaciones externas (sociedad civil, religiosas, de salud, organizaciones políticas o empresas privadas) que, sin ninguna supervisión, abordan la Educación Sexual Integral desde diversos enfoques, teniendo en cuenta que —a diferencia de lo que ocurre en relación con otros contenidos no curriculares— no existe un marco de referencia con los objetivos y contenidos de la Educación Sexual Integral ni que defina los perfiles de los/las profesionales que están a cargo de estos talleres. Esto quiere decir que, en algunas ocasiones, los contenidos no están basados en el conocimiento científico, sino en las opiniones personales y morales.
13. En relación con las ONG, usualmente reciben apoyo financiero por parte del gobierno central para ofrecer estos talleres en el marco de convocatorias públicas de financiamiento, que usualmente incluyen el

4 Datos de la Sociedad Española de Contracepción (2018)

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

⁶ 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. En Navarra existe el programa “Skolae”

desarrollo de actividades sobre la educación sexual fuera de la escuela en colaboración con asociaciones de jóvenes o asociaciones que trabajan con jóvenes.

14. En otros casos los talleres son llevados a cabo por algunos profesores durante las horas asignadas a las tutorías, siendo la responsabilidad delegada a cada centro y dependiendo del interés y la voluntad de cada profesor/a sobre el enfoque y los contenidos abordados. Debido a la falta de formación en este tema, estos contenidos tienen un enfoque heteronormativo, lo cual limita la sexualidad a la reproducción y guía la información exclusivamente hacia la prevención de riesgos, especialmente embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y VIH. 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 edades”⁷.
15. Adicionalmente, 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 madres”⁸.
16. El acceso a la educación sexual en España es, en últimas, desigual, obligando a las personas jóvenes a buscar información en fuentes no confiables, como su grupo de amigos, internet o material pornográfico. Además, incluso cuando las encuestas muestran que la mayor parte de la opinión pública apoya la educación sexual,⁹ las actividades para implementarla en este momento están siendo amenazadas. El rechazo de la educación sexual es una prioridad para los grupos ultraconservadores que buscan limitar el derechos sexuales y reproductivos

Recomendaciones:

El Estado español debería:

17. 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

⁷ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LOSSRIVE).

⁸ Ibidem

⁹ Glocalities, 2018. World of Glocalities - Spain: unconvinced parents on sexual education.

los pares y adultos, desde una perspectiva de derechos humanos a través de todas las asignaturas que integran el currículo escolar.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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

22. 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.

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".

23. A nivel estatal, 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”.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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 y femeninos (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 entre 20 y 30 euros lo que constituye una barrera económica considerable.

29. El Atlas Europeo de Anticoncepción de 2019 incluye un escalafón de países teniendo en cuenta política pública nacional, provisión de información, suministros y consejería sobre métodos anticonceptivos. España está en el lugar 41 entre 46 países. El Atlas destaca que no hay reembolso para adolescentes ni para grupos vulnerables (desempleados o de bajos ingresos) y que la disponibilidad de información en línea es del 71.3%. Por otro lado, el Atlas indica que el nivel de reembolso por el sistema nacional de salud está en el promedio, así como la accesibilidad. El número de métodos es bueno. En términos generales, la situación es similar a la de 2015.
30. Los anticonceptivos de emergencia están disponibles sin prescripción médica, pero el reembolso sólo tiene lugar en algunas Comunidades Autónomas. Algunos farmacéuticos usan la objeción de conciencia para no entregar anticonceptivos de emergencia. La Corte Constitucional decidió en 2015 que tienen el derecho a hacerlo. Esta polémica decisión generó perplejidad y contradice dos sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y la opinión de diferentes organismos científicos.
31. 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 y/o a la PAU, en el marco de programas específicos puntuales.
32. 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.
33. 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.
34. A nivel estatal, 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.

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

35. 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 años. Sin embargo, la reinstauración del cubrimiento universal en salud aprobado por el gobierno socialista en 2018 está totalmente bloqueada. Cada Comunidad Autónoma continúa aplicando la ley de manera diferente. Aunque la aprobación y la convalidación por el congreso del Decreto Real 7/2018 fue un paso positivo muy importante, esta nueva ley no armoniza el procedimiento ni los requerimientos para obtener un carné de salud. Tampoco asegura la atención ni el cuidado de emergencia a niños y niñas, mujeres embarazadas y otros grupos especialmente vulnerables. Para aclarar esta situación, es necesario que se desarrolle la regulación del Decreto Real 7/2018. Algunas Comunidades Autónomas requieren que se paguen los tratamientos de salud para menores de edad y mujeres embarazadas, basados en una interpretación restrictiva de la norma.
36. Aunque no existen datos desagregados a nivel estatal, la mayor cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo se registran entre mujeres jóvenes y mujeres migrantes, muchas de las cuales –como ya señalamos- se encuentran sin documentación, o en situaciones de pobreza y desocupación.
37. Además de los obstáculos mencionados, existen factores culturales que condicionan el uso de anticonceptivos. A nivel estatal, el 28% 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.

Recomendaciones:

El Estado Español debería

38. Regular e implementar el Decreto 7/2018 que derogó el Decreto Ley 16/2012 a los efectos de garantizar la cobertura universal en salud a todas las mujeres, incluyendo a las mujeres migrantes, y 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.
39. 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.
40. 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.

41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.