

---

# EL ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CATALUNYA Y SU RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CATALANAS

---

**Informe realizado por:**

Encarna Bodelón González y Noelia Igareda González - Grupo de Investigación Antígona / Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Coordinación y revisión:**

Creación Positiva, L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, y Grupo de Investigación Antígona / UAB

**Maquetación:**

L'Apòstrof - [www.apostrof.coop](http://www.apostrof.coop)

**Traducción:**

Anna Tudela Isanta y Servicio de Lenguas de la Universitat Autònoma de Barcelona

**Impresión:**

Foli Verd, SCCL - [www.foliverd.net](http://www.foliverd.net)



Barcelona, noviembre de 2019

Con la colaboración de:



*El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del Programa Agenda 2030 Feminista y las entidades que lo implementan (Creación Positiva y L'Associació Drets Sexuals i Reproductius) y no refleja necesariamente la opinión de la ACCD.*

# EL ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CATALUNYA Y SU RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CATALANAS

Informe jurídico-normativo para entender la adecuación de las políticas públicas catalanas de desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible desde una mirada de género y feminista.

Informe elaborado por el Grupo de Investigación Antígona - Universitat Autònoma de Barcelona, en el marco del Programa Agenda 2030 Feminista



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>8</b>
<b>2. EL LENGUAJE POLÍTICO DE LAS AGENDAS DE DESARROLLO HUMANO Y SU DESARROLLO CON AGENDAS POLÍTICAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS QUE INCLUYEN HERRAMIENTAS JURÍDICAS</b>	<b>10</b>
<b>3. LA DEFINICIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>12</b>
PARTE I. El marco constitucional y estatutario de los derechos sexuales y reproductivos: las carencias del reconocimiento constitucional y la igualdad como fundamento para su reconocimiento	15
<b>4. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO PARTE DEL DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN</b>	<b>18</b>
4.1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para a la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres	19
4.2. Ley 17/2015, de 21 de julio, de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres	19
<b>5. LA EDUCACIÓN Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>24</b>
PARTE II. Ejes para el análisis de las políticas públicas sobre los derechos sexuales y reproductivos	25
<b>6. LA SALUD Y LAS POLÍTICAS SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>28</b>
6.1. Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva	29
6.2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	29
6.3. Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública	31
6.4. Plan de Salud de la Generalitat de Catalunya periodo 2016-2020	31
6.5. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente la Salud y la Autonomía de los Pacientes y la Documentación Clínica	32
<b>7. VIH /SIDA</b>	<b>34</b>
<b>8. EL ABORTO</b>	<b>36</b>
8.1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	37
8.2. Asesoramiento previo a las mujeres	37

8.3. Acceso al aborto	38
8.4. Tipificaciones que afectan los derechos reproductivos: el aborto y otras figuras	39

---

## **9. LA LAICIDAD, LA LUCHA CONTRA LOS FUNDAMENTALISMOS Y LOS DISCURSOS DE ODIOS COMO GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

---

**42**

9.1. La objeción de conciencia y su falta de limitaciones en la sanidad pública	43
9.2. Ataques a los derechos de las mujeres en situación de interrupción voluntaria del embarazo	43
9.3. Los discursos de odio, la LGTBI-fobia y los derechos sexuales y reproductivos	44

---

## **10. LAS VIOLENCIAS MACHISTAS COMO OBSTÁCULOS PARA EL DESARROLLO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

---

**46**

10.1. Una protección penal androcéntrica hacia las violencias sexuales	47
10.2. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género	50
10.3. Pacto de Estado en materia de violencia de género (2017) y Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género	54
10.4. Derechos sexuales y reproductivos en la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista	55
10.5. Protocolos de intervenciones contra las violencias sexuales	58

---

## **11. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN RELACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD DE IDENTIDAD, SEXUAL Y AFECTIVA**

---

**60**

---

## **12. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD**

---

**64**

---

## **13. MATERNIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (RHA)**

---

**68**

---

## **14. LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS COMO PARTE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVO**

---

**72**

---

## **CONCLUSIONES**

---

**76**

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

**80**

---

## **NORMATIVA**

---

**84**

# INTRODUCCIÓN

Este informe está vinculado con el programa Derechos sexuales y reproductivos: fortalecer capacidades de incidencia en la agenda global 2030 y en la agenda catalana. El informe ha sido promovido y coordinado por las entidades Creación Positiva y la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos, y con el apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, que tiene como objetivo contribuir a la garantía real de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local y global.

En concreto, este informe pretende ayudar a entender si las políticas públicas catalanas de desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos son las adecuadas para implementar los objetivos de desarrollo sostenible desde una perspectiva de género y feminista, y para asegurar que no dejan a nadie atrás.

El Pacto Mundial de los 17 objetivos para el desarrollo sostenible (ODS), aprobados en 2015,<sup>1</sup> refleja el consenso de los países miembros de la ONU sobre la hoja de ruta para mejorar la pobreza en los próximos años (hasta 2030). A pesar de no ser un pacto jurídicamente vinculante (no tiene fuerza obligatoria), es una herramienta normativa que amplía los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM).

Estos objetivos se pueden desarrollar a partir de una comprensión de género y feminista que visibilice la necesidad de reconocer y garantizar los derechos de las mujeres como elemento imprescindible para el desarrollo sostenible.

El objetivo de desarrollo sostenible número 5 definido por la ONU es “Lograr la igualdad de género y apoderar a todas las mujeres y niñas”. Este objetivo tiene como metas los puntos siguientes:

Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual, y otros tipos de explotación.

Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados, mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.

Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública.

Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer.

Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.

<sup>1</sup> Estos objetivos son acabar con la pobreza; hambre cero; salud y bienestar; educación de calidad; igualdad de género; agua limpia y saneamiento; energía asequible y no contaminante; trabajo decente y crecimiento económico; industria, innovación e infraestructura; reducción de las desigualdades; ciudades y comunidades sostenibles; producción y consumo responsable; acción por el clima; vida submarina; vida de ecosistemas terrestres; paz, justicia e instituciones solidarias; alianzas para alcanzar los objetivos.

Concretamente, uno de los ámbitos donde es necesario avanzar para construir un desarrollo sostenible en perspectiva de género y feminista es el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, como se indica de forma específica entre estos hitos. También podemos concretar el significado de estas metas desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos:

**1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo.**

En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, esto implica que exista un marco legal y de políticas públicas que reconozca los derechos sexuales y reproductivos y su relevancia en un marco antidiscriminación.

**2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual, y otros tipos de explotación.**

Las violencias machistas, en general, y las violencias sexuales, en particular, son formas de violaciones de los derechos sexuales y reproductivos que vulneran la autonomía sexual de las mujeres y el derecho a decidir sobre su cuerpo: imponiendo formas de relación sexual no deseadas, controlando el cuerpo de las mujeres, negándoles placer o imponiendo maternidades.

**3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.**

El matrimonio forzado, el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, así como otras prácticas nocivas violan los derechos sexuales y reproductivos de forma directa y clara. En el ámbito comunitario, se consideran tipologías de violencias contra la mujer fundamentadas en el control de la sexualidad de las mujeres por parte de los hombres.

**4. Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados, mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.**

El reconocimiento de la economía del cuidado y la corresponsabilidad en las tareas de cuidado son una premisa esencial para poder garantizar en igualdad el desarrollo de los derechos reproductivos, ya que las políticas de cuidados están vinculadas con las políticas del cuerpo que afectan de manera directa a las mujeres.

**5. Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública.**

La participación política plena garantiza que la importancia de los derechos sexuales y reproductivos esté en las agendas políticas locales y globales. Del mismo modo, el liderazgo de mujeres en los espacios de toma de decisión a nivel económico y social permite visibilizar estos derechos y reforzar su garantía, poniendo en el centro la economía de los cuidados, la autonomía sexual y el derecho al propio cuerpo.

**6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.**

En este apartado, se especifica la relevancia de estos derechos, teniendo en cuenta que ambos instrumentos internacionales fueron los primeros en reconocer los derechos sexuales y reproductivos, a pesar de no ser vinculantes para los Estados. Sin embargo, se reivindica que se garanticen realmente los contenidos sobre los derechos incluidos en estos instrumentos y las posteriores ampliaciones.



**7. Emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.**

El acceso a los recursos económicos no puede ser en ningún caso un impedimento para disfrutar de los derechos sexuales y reproductivos. Es importante visibilizar y romper la relación entre los problemas económicos de las mujeres y el control sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su vida.

**8. Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer.**

Las tecnologías de la información y de la comunicación deben garantizar una información veraz, asequible, oportuna, científica y sin prejuicios sobre los derechos sexuales y reproductivos.

**9. Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.**

Debe garantizarse el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, en particular de las mujeres y las personas LGTBI. Ni la igualdad ni el empoderamiento de las mujeres no se alcanzarán sin la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que se fundamentan en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y el derecho a vivir la sexualidad sin injerencias, amenazas, discriminaciones ni violencias.

1.

# **POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

El objetivo de este informe es comprender cómo se estructuran las políticas públicas en Catalunya en relación con los derechos sexuales y reproductivos, y qué carencias se detectan para alcanzar estos objetivos de desarrollo sostenible.

En primer lugar definiremos cómo entendemos el concepto de política pública desde una perspectiva de género. Silvia López, Eli Peterson y Luca Platero proponen una definición de política pública entendida de la siguiente manera:

“un proceso mediado por relaciones de poder y por sistemas de valores determinados, que dan lugar a un conjunto de acciones o inacciones ante una situación dada, que se considera problemática” (López, Peterson, Platero, 2014:162).

Los elementos que detalla esta definición que hay que tener en cuenta son siguientes:

**a) La política pública puede dar lugar a acciones y productos que pueden ser tanto jurídicos (leyes, reglamentos, etc.) como planes políticos (planes de acción, medidas de coordinación, protocolos, etc.)**

**b) La política pública también se define por la acción o la inacción de los poderes públicos.**

La inclusión de la perspectiva de género en la política pública implica tener en cuenta, en todas las fases de la política, la diversidad de experiencias de mujeres y hombres, así como el impacto diferencial que tienen las políticas públicas hacia las mujeres y sus variadas situaciones personales y sociales en una sociedad desigual.

Para estudiar las políticas públicas sobre los derechos sexuales y reproductivos adoptaremos la siguiente estrategia metodológica: explicar las herramientas jurídicas que configuran el marco de intervención de la Administración catalana, así como los desarrollos que se han hecho mediante otras herramientas de políticas públicas, como planes de acción y protocolos. El objeto central de nuestro informe es el diseño político y jurídico de estas políticas públicas, que se completará con los datos estadísticos existentes. Esto permitirá dos cosas: en primer lugar, ver de qué manera se cumplen estas políticas públicas y en qué grado y, en segundo lugar, indicar las carencias o puntos débiles de estas políticas públicas.

El informe no realiza un trabajo de campo que permita analizar sobre el terreno la situación de los derechos sexuales y reproductivos, sino que explica el marco de las políticas públicas sobre los derechos sexuales y reproductivos, y cuál es su nivel de desarrollo a partir de datos secundarios disponibles.

# 2.

**EL LENGUAJE POLÍTICO DE LAS  
AGENDAS DE DESARROLLO HUMANO  
Y SU DESARROLLO CON AGENDAS  
POLÍTICAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS QUE  
INCLUYEN HERRAMIENTAS JURÍDICAS**

El contenido de la Agenda para el Desarrollo está estrechamente relacionado con algunos derechos humanos sociales y económicos. Sin embargo, la Agenda no utiliza un lenguaje de derechos, sino de objetivos, lo que tiene ciertas consecuencias. El incumplimiento de un derecho puede criticarse, pero también puede sancionarse; en cambio, el incumplimiento de un objetivo solo puede criticarse políticamente.

La redacción de la Agenda en formato de objetivos pone énfasis en las obligaciones de los países receptores de ayuda al desarrollo. Para dar cumplimiento a estos objetivos, los países deben generar cambios sociales impulsados por políticas públicas, que incluyen entre sus herramientas normas jurídicas, planes de acción, impulsos técnicos y políticos, recursos económicos, etc. En este sentido, se puede afirmar que una de las carencias de las agendas internacionales de desarrollo es, por un lado, no poner la centralidad en las obligaciones de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos y, por otra parte, no poner a la comunidad internacional como responsable subsidiaria.<sup>2</sup> En definitiva, se trata de una falta de perspectiva jurídica de garantía y efectividad de los derechos.

Por eso, este informe se centra en un análisis del estado de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos en Catalunya, desde las leyes y políticas públicas vigentes que garantizan directa o indirectamente estos derechos. Los principales instrumentos, y los más efectivos, para la garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos están vinculados a las herramientas jurídicas que utiliza el Estado en el desarrollo de estas políticas públicas.

El Estado debe garantizar los derechos sexuales y reproductivos mediante políticas públicas que incluyan herramientas jurídicas y de otro tipo. No se trata solo de actuaciones de los poderes públicos para garantizar la no violación de estos derechos, sino también de una salvaguarda de no intromisión en la esfera privada de las personas. Además, significa una intervención "activa" de la Administración pública para hacer efectivos estos derechos.

---

<sup>2</sup> Queralt, Jaher y Seleme, Hugo (2018): "La Agenda para el Desarrollo y los Derechos Humanos: instrumentos complementarios", *Anuario de Filosofía del Derecho*, pp.403-422.

# 3.

## LA DEFINICIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La realización de un estado de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos implica definir de forma clara qué entendemos por derechos sexuales y reproductivos. Para indicar esta definición, en primer lugar, recordaremos las definiciones que se han dado en el marco internacional para analizar luego cómo se han recogido en el marco jurídico catalán.

En el orden internacional, los derechos sexuales y reproductivos se han enunciado como derechos humanos de las mujeres. En el marco de las conferencias mundiales sobre la mujer que tuvieron lugar a partir de los años 70 del siglo xx, se inscriben los esfuerzos en pro de estos derechos, en los programas de acción de las conferencias mundiales de El Cairo y Beijing.

La definición más utilizada de los derechos sexuales y reproductivos es la de la Plataforma de Acción de Beijing (1995), donde se consensua lo siguiente:

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir de forma libre y responsable sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia.

A nivel internacional, la naturaleza de los derechos sexuales y reproductivos se ha vinculado a otros derechos humanos, como el derecho a la salud, a la dignidad, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la integridad física y moral, y a la intimidad personal y familiar, tal como recoge el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Esto implica que, al abordar el estado de las políticas públicas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, hay que examinar las políticas específicamente relacionadas con el desarrollo del concepto de derechos sexuales y reproductivos, pero también otras políticas que, en su contenido, afectan estos derechos.

A efectos de este informe, la definición de los derechos sexuales y reproductivos tiene en cuenta, no solo la definición de la salud sexual y reproductiva mencionada previamente, sino también su interdependencia con otras libertades y derechos fundamentales, como el libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 de la Constitución Española, en adelante CE); el derecho a la igualdad y a la no discriminación (artículo 14 CE); el derecho a la vida, la integridad física y moral (artículo 15 CE); la prohibición de la tortura y trato degradante (artículo 15 CE); el derecho a la libertad y a la seguridad (artículo 17 CE); el derecho a la intimidad, el honor y la propia imagen (artículo 18 CE), y el derecho a la educación (artículo 27 CE).

El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud (como se recoge en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

El derecho a la salud es un derecho constitucional, a pesar de no tener el reconocimiento de derecho fundamental<sup>3</sup> en el ordenamiento jurídico estatal, sino que, como otros derechos sociales, constituye un principio rector de la política económica y social.<sup>4</sup> Sin embargo, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos sí tiene una relación importante y una interdependencia con otros derechos humanos, como la dignidad y libertad de la persona, y el libre desarrollo de la personalidad. Además, los derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española deben interpretarse de acuerdo con los compromisos internacionales que ha suscrito el Estado

3 Los derechos fundamentales son un conjunto de derechos humanos que reciben la máxima protección legal en el ordenamiento jurídico español. Son directamente exigibles ante los tribunales y los poderes públicos deben garantizarlos en todo momento a todas las personas. Se incluyen otros derechos humanos en el ordenamiento jurídico, como los derechos sociales y económicos, pero no todos tienen este rango de derecho fundamental.

4 Artículo 43.1 de la Constitución Española:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

español en materia de derechos humanos,<sup>5</sup> entre ellos, todos los instrumentos normativos en materia de salud sexual y reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

La salud reproductiva puede definirse de la siguiente manera:

La capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas la adopción de decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo.<sup>6</sup>

En el Estado español no existe una Ley general o integral que defina y regule los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, existen una serie de leyes, normas y políticas públicas que afectan y regulan algunos aspectos de estos derechos:<sup>7</sup> desde la Constitución Española de 1978 (cuando se recogen algunos derechos fundamentales estrechamente relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y moral, el derecho a la protección de la salud, entre otros), en la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa (que parcialmente regula el derecho a la objeción de conciencia).

También hay una serie de leyes y normas que regulan el derecho a la protección de la salud como parte del estado social de derecho: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; el Real Decreto 63/1995, del 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud; la 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; y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Existen otras leyes que, a pesar de tener como objetivo la regulación de otros temas, tienen un impacto en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de algunos grupos sociales de manera indirecta o parcial. Es el caso de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida; la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación; la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia; la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres en el Empleo; la Ley 3/2007, de 15 de marzo, Reguladora de la Rectificación Registral de la Mención Relativa al Sexo de las Personas, y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

El Estado español no tiene una ley integral que aborde la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA o las diferentes cuestiones relativas a esta enfermedad. La actuación de la Administración en este tema puede realizarse como actuación de salud pública (con énfasis en la prevención y tratamiento de la enfermedad) o como garantía de los derechos humanos implicados (sobre todo para garantizar la dignidad de las personas que viven con VIH/SIDA). La mayoría de las disposiciones, tanto en el Estado como en Catalunya, se centran, especialmente, en la primera vertiente, con estrategias y diferentes medidas para prevenir y tratar la enfermedad.

5 Artículo 10.2 de la Constitución Española: "Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España."

6 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cap. 7.

7 Informe EPU Creación Positiva 2010, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).



Más allá de este análisis sobre las disposiciones legales y de políticas públicas de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el Estado español, también es importante destacar el contexto económico más reciente de crisis económica y de contracción del sector público. En este sentido, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en sus observaciones finales sobre España (2015), manifestó su preocupación respecto a las políticas de austeridad adoptadas por el Gobierno español y el retroceso en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El Comité CEDAW afirma que la existencia de una crisis socioeconómica no debería justificar la adopción de medidas desproporcionadas y restrictivas de los derechos fundamentales.

El análisis es aún más complejo teniendo en cuenta la organización territorial, legal y política del Estado español en 17 comunidades autónomas que, dependiendo del ámbito político, tienen transferidas las competencias y, por lo tanto, legislan y elaboran sus propias políticas públicas (como es el caso de la sanidad, a pesar de que el Estado central se reserva ciertas actuaciones en exclusiva para garantizar unos mínimos en todo el territorio). Otras veces, las competencias son exclusivas del Estado, a pesar de una posible actuación de las comunidades autónomas para completar y mejorar la actuación estatal (por ejemplo, en el campo de los derechos fundamentales o en la igualdad entre mujeres y hombres). En ocasiones, la legislación básica corresponde a los poderes públicos estatales pero, después, la organización y la ejecución de este servicio o prestación pública corresponde a las Administraciones autonómicas (como, por ejemplo, el aborto).

Es por esta razón que, en este documento, aunque se trate de un análisis de los derechos sexuales y reproductivos en Catalunya, en numerosas partes se ha considerado necesario analizar las leyes y políticas públicas estatales cuando esta responsabilidad corresponde a la Administración central, o cuando las actuaciones de la Administración catalana complementan, detallan y desarrollan las disposiciones de rango estatal.

## **PARTE I. EL MARCO CONSTITUCIONAL Y ESTATUTARIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: LAS CARENCIAS DEL RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL Y LA IGUALDAD COMO FUNDAMENTO PARA SU RECONOCIMIENTO**

La Constitución Española no define los derechos sexuales y reproductivos de forma directa. El reconocimiento que tienen en el marco constitucional se puede vincular al desarrollo del derecho a la salud y otros derechos, pero falta un reconocimiento directo y explícito de estos derechos en el orden constitucional español.

La legislación y las obligaciones internacionales asumidas por el Estado español en materia de derechos sexuales y reproductivos deben utilizarse para interpretar los derechos fundamentales y libertades públicas.

El Estatuto de Catalunya, de junio 2006, menciona los derechos sexuales y reproductivos, de manera indirecta, en los artículos que garantizan los derechos de las mujeres y la necesidad de incorporar la perspectiva de género. En este sentido se hace patente la importancia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la garantía de los derechos humanos de las mujeres en general, debido a su capacidad reproductiva. La garantía de su salud sexual y reproductiva es imprescindible para garantizar su autonomía. Sin embargo, la igualdad de género debería tener en cuenta las necesidades de las mujeres en materia de salud, diferentes a las de los hombres, y la prestación de servicios apropiados para mujeres a lo largo de su vida.

El Estatuto de Autonomía establece en su artículo 19 (Derechos de las mujeres) lo siguiente:

1. Todas las mujeres tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad y capacidad personal, y a vivir con dignidad, seguridad y autonomía, libres de explotación, malos tratos y todo tipo de discriminación

2. Las mujeres tienen derecho a participar en condiciones de igualdad de oportunidades con los hombres en todos los ámbitos públicos y privados.

También en su artículo 41 (perspectiva de género) establece que:

5. Los poderes públicos, en el ámbito de sus competencias, y en los supuestos que establece la ley, deben velar para que la libre decisión de la mujer sea determinante en todos los casos que puedan afectar a su dignidad, integridad y bienestar físico y mental, en particular en lo que concierne al propio cuerpo y a su salud reproductiva y sexual.



# 4.

## LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO PARTE DEL DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

La comprensión de la igualdad de derechos mujer-hombre, a partir de la idea de igualdad sustantiva y/o efectiva, debería incluir el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y, como veremos, nuestra legislación de igualdad reconoce desigualmente estos derechos. Por una parte, la Ley de igualdad estatal (3/2007) no hace referencia a estos derechos y desarrolla su contenido en la Ley de salud sexual y reproductiva, de 2010. Por otra parte, la Ley catalana, 17/2015, de 21 de julio, de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres sí hace los menciona numerosas veces. Comentamos, a continuación, cómo quedan recogidos los derechos sexuales y reproductivos en las dos leyes.

---

## 4.1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para a la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres

---

El desarrollo del derecho a la igualdad efectiva en la legislación del Estado español no incluye el concepto de derechos sexuales y reproductivos, ni de forma total ni parcial.

Esta es una primera y grave carencia del marco estatal: haber segmentado la protección de los derechos de las mujeres en diferentes marcos jurídicos y, sobre todo, no hacer ninguna referencia a estos derechos en la Ley de Igualdad. Aunque se han desarrollado en una normativa específica, como se hizo parcialmente en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la no existencia de una Ley que vincule el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos a otros derechos de las mujeres genera graves problemas de conceptualización. Hace tiempo que las personas especialistas en el tema han indicado la necesidad de conectar el marco de los derechos sexuales y reproductivos con la garantía de la no discriminación y al conjunto del desarrollo de otros derechos de las mujeres (Cook, 1993).

Las escasas referencias a la necesidad de proteger derechos, en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, se pueden encontrar en la Ley de igualdad estatal, en algunos elementos que enumeramos a continuación:

- a) **La definición de acoso sexual y por razón de sexo del artículo 7 de la Ley y todas las medidas para garantizar la protección frente al acoso sexual, como la introducción de medidas contra el acoso laboral en los planes de igualdad en las empresas (establecida en el artículo 48 como “medidas específicas para prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo”) o la introducción de medidas contra el acoso sexual y por razón de sexo en las Administraciones públicas (artículos 51 y 62).**
- b) **El establecimiento de un principio general de intervención de los poderes públicos del artículo 14.5:**
  - 14.5 La adopción de las medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo.
- c) **Las diferentes medidas de protección contra situaciones de discriminación por maternidad. El artículo 8 establece como discriminación directa todo el trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad. Esta sería una clara medida de reconocimiento de la protección vinculada a los derechos reproductivos.**

---

## 4.2. Ley 17/2015, de 21 de julio, de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres

---

La Ley catalana de igualdad efectiva de mujeres y hombres incluye explícitamente, entre sus objetivos (artículo 1), el reconocimiento del derecho de las mujeres al propio cuerpo, el derecho al

libre desarrollo de la identidad y la orientación sexuales, los derechos sexuales y reproductivos, y la libre decisión de las personas a la hora de ejercerlos.

A lo largo del articulado se desarrollan algunos aspectos de los derechos sexuales y reproductivos, concretamente, los siguientes:

#### **a) Concepto de coeducación vinculado a los derechos sexuales y reproductivos**

En el art. 2.d), aparece la definición de una coeducación que potencia la igualdad real de oportunidades y valora indistintamente la experiencia, las aptitudes y la aportación social y cultural de mujeres y hombres, en igualdad de derechos, sin estereotipos sexistas, homofóbicos, bifóbicos, transfóbicos o androcéntricos, ni actitudes discriminatorias por razón de sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género. Además, se concreta en el art. 21.3.h que la implantación de una educación afectiva y sexual debe favorecer la construcción de una sexualidad positiva, saludable, que respete la diversidad y evite todo tipo de prejuicios por razón de orientación sexual y afectiva. El art. 21.3.a establece la necesidad de promover contenidos relacionados con la sexualidad orientados a la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, mientras que el art. 24.4 indica la necesidad de que la Administración educativa ofrezca formación en educación sexual y contra la violencia machista y orientación social, y garantice la presencia de personas con conocimientos en coeducación en los órganos responsables de la evaluación, la inspección, la innovación educativa y la investigación, el Consejo Escolar de Catalunya, los servicios educativos y los centros educativos.

#### **b) Concepto y medidas contra el acoso sexual**

En cuanto a la definición de acoso sexual y por razón de sexo (art. 2) y varias medidas para combatirlo, el art. 18.3 incluye la obligación de que las Administraciones públicas tengan planes contra el acoso sexual, y el art. 33 establece la prevención del acoso sexual y por razón de sexo en las empresas.

#### **c) Reconocimiento de la libertad sexual de las mujeres**

A lo largo del articulado también se menciona varias veces el reconocimiento de la libertad sexual de las mujeres en relación con su sexualidad. Así, por ejemplo, el art. 24 se refiere a fomentar la visualización de las diferentes orientaciones sexuales o identitarias de las mujeres; el art. 47.c establece que es obligación de las Administraciones públicas que "1.º Incorporen el reconocimiento de la diversidad familiar, garanticen el derecho a un entorno afectivo o familiar adecuado y eliminen la discriminación por opción sexual o por transexualidad, garantizando la libertad de decisión individual."

#### **d) Derechos de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**

El art. 48 establece las Administraciones públicas de Catalunya competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus respectivas competencias, para garantizar de manera integral la salud afectiva, sexual y reproductiva. Además, menciona sus objetivos:

- a) Incluir en las políticas educativas, desde primaria, la difusión de contenidos relativos a la salud afectiva, sexual y reproductiva, con especial atención durante la adolescencia, entre los jóvenes y los grupos de población vulnerables.
- b) Garantizar la inclusión del consejo reproductivo dentro de la cartera de servicios de las unidades de atención a la salud, sexual y reproductiva, y facilitar el acceso universal a los métodos contraceptivos seguros, con una atención especial en las adolescentes.
- c) Potenciar el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones respecto a la anticoncepción y las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- d) Favorecer la autonomía de las mujeres en el embarazo, el parto y la lactancia.
- e) Garantizar que las mujeres puedan recibir la prestación de la interrupción del embarazo, por medio de los centros de la red sanitaria de responsabilidad pública, según la normativa vigente.

Además, el artículo 48.3 establece que las Administraciones públicas de Catalunya competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus respectivas competencias, tomarán las medidas adecuadas para prevenir y detectar la mutilación genital femenina. También informarán a las mujeres afectadas (incluidas las menores de edad) sobre la posibilidad, en su caso, de revertir o mitigar, mediante mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica, los efectos de la mutilación practicada.

El artículo 48.4 determina que las encuestas de salud deben introducir, como variables, indicadores sensibles a la detección de desigualdades de salud por razón de sexo y género, y deben tener en cuenta la diversidad de mujeres, tanto en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento como en el trato dispensado en los servicios.

El artículo 48.5 destaca que los instrumentos de planificación sanitaria y los planes de acción comunitaria deben incorporar la perspectiva de género en todas las fases, así como fomentar la participación de los diferentes colectivos de defensa de los derechos de las mujeres. Además, el apartado 6.º establece que la formación de los profesionales de la salud debe garantizar que la práctica clínica dé respuesta a las necesidades y expectativas en salud en cuanto al sexo y al género, y debe incluir el conocimiento de la fisiopatología de las mujeres en los diferentes sistemas orgánicos y la formación para detectar las situaciones de violencia machista y las prácticas de control sexual.

Por último, el apartado 7 del mismo artículo determina que las Administraciones públicas de Catalunya competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben garantizar la información destinada a las mujeres en relación con la salud, y acompañarlas en las diferentes etapas vitales, con la mínima medicalización posible en el embarazo y el parto.

#### **e) Los derechos sexuales y reproductivos en las políticas familiares**

El art. 47.c.1.º indica la necesidad de desarrollar políticas de apoyo a las familias que incorporen el reconocimiento de la diversidad familiar, garanticen el derecho a un entorno afectivo o familiar adecuado, y eliminen la discriminación por opción sexual o por transexualidad, garantizando la libertad de decisión individual.

#### **f) Medidas contra el tráfico o explotación sexual**

El artículo 52 incluye varias medidas contra el tráfico, la explotación sexual y la prostitución.

#### **g) Medidas en el ámbito de la justicia**

La Ley catalana dedica una atención especial a esta cuestión en el artículo 54, donde se establecen diferentes medidas:

1. El artículo 54.1 indica que los servicios y los centros de ejecución penal deben incorporar la perspectiva de género en los programas de tratamiento, rehabilitación e inserción sociolaboral de personas internas y, en este sentido, deben tener programas de tratamiento específicos para los diferentes colectivos de mujeres, con especial atención a mujeres jóvenes, embarazadas y madres, y también transexuales. En relación con las mujeres embarazadas, el artículo 54.5 afirma que el plan director de equipamientos penitenciarios debe garantizar los derechos de las mujeres embarazadas en los centros penitenciarios y deben disponer de las condiciones necesarias para criar y educar a los hijos.
2. El artículo 54.1.c señala que se tiene que reforzar la atención médica y psicológica con perspectiva de género, así como la educación sexual y reproductiva.
3. En relación con las violencias machistas, el artículo menciona que la Administración de la Generalitat debe garantizar los medios humanos y materiales necesarios, así como la formación necesaria del personal, en el ámbito judicial y penitenciario, para prevenir todas las manifestaciones de violencia machista y proteger a las víctimas, y, también, generar servicios y asegurar el tratamiento integral de las internas que la han sufrido.

Los programas mencionados en el artículo 54.1 deben ser aplicados por equipos de intervención profesional cualificada.

También se establecen medidas contra las violencias machistas, como la necesaria formación del personal (en el ámbito judicial y penitenciario), la creación de servicios y la garantía del tratamiento integral de las internas que la han sufrido.

Los informes que hay en Catalunya sobre la situación de las mujeres presas madres (con hijos dentro o fuera de la cárcel) indica que estamos muy lejos del objetivo indicado en nuestra legislación y que, en estos momentos, se están produciendo graves violaciones de los derechos de los niños para disfrutar del cuidado de sus madres. El informe de la profesora Carme Navarro (2018) indica numerosas deficiencias en la situación de las instalaciones de las madres presas y también en las condiciones en las que se dan las visitas con los hijos:

En definitiva, las mujeres encarceladas en nuestras cárceles suelen vivir su maternidad en condiciones adversas dado que, por un lado, se sienten muy alejadas de los hijos y de sus problemas e inquietudes y, por otro, el ansiado contacto con los descendientes suele llevarse a cabo en pésimas condiciones. (Navarro, 2018: 152)

En el año 2009, se publicó la *Instrucción 3/2009, relativa a la separación interior y peculiaridades del régimen de vida de las personas transexuales en los centros y unidades penitenciarias de Catalunya*,<sup>8</sup> con dos objetivos fundamentales:

1. Garantizar a todas las personas internas transexuales, tanto nacionales como extranjeras, su derecho a la separación interior y/o a la asignación a un centro o unidad penitenciaria de acuerdo con su identidad sexual de género.
2. Subsidiariamente, asegurar a las personas transexuales de nacionalidad española que permanecen en nuestros centros y unidades penitenciarias la posibilidad de ejercer el derecho que les confiere la Ley 3/2007, de 15 de marzo, como es el cambio de sexo en el Registro Civil sin necesidad de que se haya efectuado la operación quirúrgica.

#### **h) Medidas sancionadoras aplicables al ámbito de los derechos sexuales y reproductivos**

La Ley catalana de igualdad incluye medidas sancionadoras administrativas que tipifican como infracciones muy graves algunas conductas que claramente estarían vinculadas a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, en el artículo 59.4:

- a) Ejercer cualquier comportamiento, de naturaleza sexual o no, en función del sexo de una persona, que atente intencionadamente contra su dignidad y le cree un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.
- b) Ejercer todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad.
- c) Ejercer cualquier represalia o trato adverso contra una persona como consecuencia de haber presentado una queja, una reclamación, una denuncia, una demanda o un recurso de cualquier tipo dirigido a impedir la discriminación o a exigir el cumplimiento efectivo del principio de igualdad de trato de mujeres y hombres.

<sup>8</sup> Disponible en: [http://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/instruccions\\_i\\_circulars/instruccio3\\_\\_2009.pdf](http://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/instruccions_i_circulars/instruccio3__2009.pdf)





# 5.

## LA EDUCACIÓN Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

## PARTE II. EJES PARA EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La UNESCO (2010: 2) afirma que la educación sexual es un enfoque cultural apropiado para el participante que ayuda a entender el sexo a través de información científica comprobada y rigurosa. La UNESCO (2010: 12) cree que la educación sexual es básica para el desarrollo de los adolescentes pero que actualmente no se imparte de manera correcta y eficaz y, por lo tanto, critica el actual modelo de ejecución educativo hacia la sexualidad. Además, afirma que el marco actual de la situación de la educación sexual está impregnado de ignorancia y de informaciones confusas. Estos factores pueden constituir una amenaza para los adolescentes en su formación sexual y, por lo tanto, la UNESCO (2010: 12) considera que las autoridades sanitarias y educativas deben responsabilizarse de impartir la educación sexual, y los maestros deben trabajar en colaboración con madres y padres. La OMS (2006) recoge la educación afectiva y sexual como un derecho de los niños y adolescentes, junto a otros derechos sexuales como la libertad, la privacidad, la equidad, la convivencia en igualdad y sin discriminaciones, el desarrollo de sus derechos sexuales y reproductivos.

La Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo, se limita a mencionar que los poderes públicos deben garantizar “la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo” (artículo 5.1) y el apoyo a la comunidad educativa “en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo-sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres” (artículo 10).

Sin embargo, en la práctica, la decisión de introducir clases de educación sexual sigue dependiendo de la voluntad y la iniciativa del profesorado, y de las personas responsables del centro educativo.

Aunque la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva menciona la importancia de la educación sexual, no establece medidas concretas ni objetivos o plazos para implementarla o hacer un seguimiento de su impacto.

Dependiendo de la comunidad autónoma y/o Ayuntamiento, se desarrollan diferentes programas específicos o se proporciona financiación para la realización de talleres en centros educativos. Los imparten diferentes organizaciones (organizaciones de la sociedad civil, religiosas, de la salud, políticas, empresas privadas, etc.), que abordan la educación sexual desde varios enfoques, sin una sistematización adecuada ni, muchas veces, contenidos científicos actualizados.

Además, también se ha puesto de relieve la preocupación por la desaparición de la asignatura Educación para la Ciudadanía (con la aprobación de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)) que contaba con algunos contenidos en materia de educación reproductiva y sexual. Esta asignatura se ha sustituido por materias optativas sobre valores civiles y sociales, o valores éticos, lo que implica que, en la actualidad, en las escuelas, no se imparte, con carácter obligatorio, educación integral y adaptada a la edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Esta discrecionalidad en el acceso a una educación sexual y reproductiva no cumple con las obligaciones jurídicas específicas de los estados parte estipuladas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016) cuando establece que los estados deben velar porque los adolescentes tengan pleno acceso a información adecuada sobre salud sexual y reproductiva, independientemente de su estado civil y del consentimiento de sus padres o tutores (Cap. 44).<sup>9</sup>

En este sentido, es importante prestar atención a la normativa catalana que contrarresta esta carencia, con diferentes normas:

<sup>9</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Recomendación General nº 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (apartado 44).

- a) La Ley 5/2008, del 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar las Violencias Machistas, que indica la importancia de la coeducación.
- b) La Ley 12/2009, del 10 de julio, de educación que describe, entre los principios orientadores del sistema educativo en el art. 2, la coeducación: m) La coeducación y el fomento de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres; en el art. 43 indica que el principio de coeducación mediante la escolarización mixta, que debe ser objeto de atención preferente.
- c) La Ley 14/2010 de los derechos y oportunidades de la infancia y la adolescencia, incluye, en el art. 44.2.f, el derecho a la prevención, protección y promoción de la salud, en particular, la salud sexual y reproductiva.
- d) Información sobre necesidades sanitarias especiales. En particular, sobre la fisiología de la reproducción, la salud sexual y reproductiva, el riesgo para la salud que conlleva el embarazo a edades muy tempranas, la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como la promoción de una sexualidad responsable.
- e) La Ley 11/2014 indica, en el artículo 12, que se debe garantizar la coeducación y la incorporación de la diversidad sexual y de género en los libros de texto, proyectos de centro y acciones tutoriales.
- f) Como ya se ha comentado, la Ley 17/2015 establece claramente un concepto de coeducación y de educación en derechos sexuales y reproductivos.

En definitiva, la legislación más reciente y específica establece con claridad la necesidad de incluir los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito educativo.

En Catalunya, en el ámbito de las políticas públicas en educación sexual y reproductiva, ha sido especialmente relevante el establecimiento de centros de planificación familiar con funciones, también, de prevención y educación sexual y reproductiva.

El Programa Sanitari d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) comprende un conjunto de actividades de tipo asistencial, preventivo y educativo que tienen como objetivo garantizar una asistencia sanitaria integral, mejorando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios a nivel de la atención tocoginecológica y reproductiva. Se accede por derivación del servicio de atención primaria e incluye servicios como actividades dirigidas al desarrollo, el asesoramiento afectivo y sexual, y la detección y la atención de las jóvenes; actividades dirigidas a dar consejo reproductivo a las personas; control y seguimiento del embarazo; atención por la interrupción voluntaria del embarazo, desde la información y el asesoramiento previos, el diagnóstico y la indicación en caso de que exista causa médica, la realización y la atención posterior; diagnóstico prenatal; educación materna; atención al puerperio; prevención del cáncer de cuello uterino; prevención del cáncer de mama; atención a las infecciones de transmisión sexual; educación afectiva y sexual para personas adultas, y detección de situaciones de violencia hacia las mujeres.

El Plan de Salud Afectiva y Sexual (2013: 10) subraya que la educación sexual debe servir para mantener relaciones sexuales responsables al tiempo que se fomenta el respeto a las diferencias culturales y de orientaciones sexuales. Del mismo modo, debe funcionar para conseguir la equidad de género y se cree la escuela es el espacio idóneo para tratar estas cuestiones.



# 6.

## LA SALUD Y LAS POLÍTICAS SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La salud es uno de los elementos implicados en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En el Estado español y en Catalunya, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se ha limitado, en gran medida, a la vertiente de la salud relacionada con estos derechos. Esta es una grave limitación de la perspectiva de nuestras políticas públicas. A continuación, veremos el marco de las políticas públicas catalanas y estatales en este ámbito.

## 6.1. Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo solo menciona los derechos sexuales y reproductivos en la Exposición de Motivos, y se derivan de otros derechos fundamentales, pero no los regula directamente en su articulado.

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de diferentes derechos fundamentales, en particular, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.

La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en este tipo de decisiones, pero, también, tienen que establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo necesiten servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

Esta Ley tiene como objetivo garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (no los derechos sexuales y reproductivos directamente, solo en la medida en la que estén relacionados con derechos fundamentales expresamente contenidos en el Ordenamiento Jurídico). A pesar de tener rango de Ley Orgánica en materia de salud sexual y reproductiva, las disposiciones legales están definidas como políticas públicas, estableciendo las obligaciones correspondientes a los poderes públicos. La Ley tiene rango de Ley Orgánica únicamente en las disposiciones relativas a las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo porque afecta las disposiciones contenidas en el Código Penal.

Esta falta de concreción de los derechos sexuales y sanitarios en esta regulación específica hace necesario entender cuál es el marco general de las políticas sanitarias y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. Por esta razón, a continuación, examinaremos la Ley de sanidad estatal y la Ley catalana.

## 6.2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

El Estado español es parte de numerosos tratados que reconocen el derecho a la salud sin discriminación. La Constitución Española (artículo 43) establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de la ciudadanía, encomendando, a estos efectos, a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública.

La Ley General de Sanidad establece que todas las personas residentes en España eran titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, con algunas excepciones. Sucesivas reformas de la Ley profundizaron en el carácter universal y gratuito del acceso a la salud pública hasta que, a finales de los años 1990, se vinculó la financiación de la salud con los presupuestos generales del Estado (y no con el sistema de la Seguridad Social), por lo que la protección de la salud es un derecho que se sostiene a cuenta de todas las personas que tributan en el Estado español.

Las medidas adoptadas a lo largo de 2012, utilizando la fórmula del Decreto Ley, han cambiado las características fundamentales de la atención sanitaria que garantiza el Sistema Nacional de Salud y que afectan a toda la ciudadanía pero, especialmente, a las mujeres. Así, el acceso al Sistema Nacional de Salud pasa de la universalidad a la vía del aseguramiento y se regula la condición de persona asegurada y beneficiaria. Estas modificaciones tienen un efecto claro en la inequidad en el acceso al derecho a la salud.

En Catalunya, la situación es diferente, ya que encontramos la Instrucción 03/2013, de 5 de abril, de acceso a la asistencia sanitaria y de cobertura pública del CatSalut para los ciudadanos extranjeros empadronados en Catalunya que no tienen la condición de asegurados o que no son beneficiarios del sistema nacional de salud, que entró en vigor el 15 de abril de 2013. Sin embargo, fue derogada por la Instrucción 08/2015, de 5 de julio de 2015, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Catalunya que no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud. Esta instrucción, en su epígrafe sexto (6.1. Acceso al primer nivel de asistencia sanitaria) establece que este nivel (el primero) se otorga desde la fecha de empadronamiento e incluye aquellos programas de interés sanitario del Departamento de Salud.

Estos programas de interés sanitario del Departamento de Salud, como la atención a las drogodependencias, la prevención y la atención al SIDA / infección por VIH, la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, el programa infancia con salud (incluidas las vacunaciones), la prevención y el control de las enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, la hepatitis, la meningitis, etc.), el programa de atención del embarazo y los cribados relacionados o la prestación farmacéutica asociada a los programas.

Sin embargo, se ha constatado que, debido a estos recortes en la cobertura universal de la sanidad pública, se excluye a las mujeres en situación de especial vulnerabilidad, como las mujeres migrantes en situación irregular, de la atención sanitaria no urgente si no tienen la condición de aseguradas, limitando la oportunidad que representa la atención primaria en la detección y atención a las víctimas. La consulta habitual con el personal facultativo y el resto de los profesionales sanitarios en la atención primaria proporciona un contexto mucho más adecuado y humano para establecer una comunicación que permita aflorar las situaciones de violencia que no se traducen en signos de una agresión física reciente.

Algunos datos que ilustran esta situación están recogidos en el Informe Sombra CEDAW 2017, que calcula que en el caso de las mujeres migrantes, las medidas adoptadas han supuesto la retirada de un total de 873.000 tarjetas sanitarias (el Ministerio de Sanidad no desagrega por sexos). Esto es una consecuencia directa de la crisis, dado que han perdido documentación para efectos de irregularidad sobrevenida. El decreto solo garantiza "la atención de urgencias" y la aplicación de esta norma a las comunidades autónomas (CC. AA.) es arbitraria.

Las mujeres drogodependientes sufren una situación de extrema exclusión social debido a la dificultad de acceso a servicios especializados.

Otra de las consecuencias de los recortes en la sanidad pública ha sido la reducción de servicios de salud mental y la medicalización excesiva de la salud mental y el malestar de las mujeres. Podemos poner como ejemplo el consumo excesivo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, con el 21 % de las mujeres y el 11,6 % de los hombres (Generalitat de Catalunya, 2018).

Un dato que también ilustra esta situación es que durante el año 2014 se han dispensado en Catalunya una media de 17,7 recetas por habitante financiadas total o parcialmente por el CatSalut. Las mujeres tienen una media de recetas por habitante un 29,9 % superior a la de los hombres (Generalitat de Catalunya, 2018).

La reforma sanitaria y la política de ahorro llevadas a cabo durante la última década han afectado el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres de bajos ingresos. El impacto provocado por el Real Decreto Ley 16/2012 ha sido más demoledor entre las mujeres migrantes, por privarles el acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva, al impedir su acceso a interrupciones voluntarias del embarazo y no permitir que puedan disfrutar de medidas de planificación familiar.



También es interesante como, muchas veces, la simultaneidad de la sanidad pública y privada ha sido una estrategia de la ciudadanía para gestionar estos problemas. En Catalunya, en el año 2014, casi una de cada cuatro personas (24,9 %) tenía doble cobertura sanitaria, el 24,3 % de los hombres y el 25,5 % de las mujeres.

La proporción de hombres con doble cobertura supera levemente a la de las mujeres entre los menores de 25 años y entre los 55 y 64 años. En cambio, entre los 25 y 34 años, y los 45 y 54 años, el porcentaje de mujeres con doble cobertura es bastante más elevado que el de los hombres. Además, la doble cobertura presenta un claro componente de clase: alrededor del 50 % de la población de clase alta cuenta con una doble cobertura y, en cambio, entre la clase baja el porcentaje oscila entre el 7 % y el 14 % (Generalitat de Catalunya, 2018).

### 6.3. Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública

En el ámbito catalán, la salud pública se define como el conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y tener cuidado de la vigilancia de la salud pública. Esta Ley reconoce las prestaciones y los servicios que debe prestar el sistema sanitario público en Catalunya en materia de salud pública, de acuerdo con el artículo 43 de la Constitución, que incluye el derecho a la protección de la salud, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto atribuye a la Generalitat, y en el marco de la legislación que regula el sistema sanitario de Catalunya.

La Ley 18/2009, en el artículo 6, apartado p, establece entre las prestaciones en materia de salud pública que “la promoción y la protección de la salud afectiva, sexual y reproductiva, y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito”.

El artículo 7 define la cartera de servicios de salud pública como “El conjunto de actividades y servicios, tecnologías y procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública a las que tienen derecho los ciudadanos” y que “la Cartera de servicios de salud pública, que debe incluir, como mínimo, la Cartera de servicios de salud pública del Sistema Nacional de salud, del Estado”.

Igualmente esta Ley da importancia a la formación continuada de los profesionales de la salud en Catalunya y establece un Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública para este fin (artículo 8).

Por otra parte, el Decreto 219/2008, de 11 de noviembre, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas, si bien lo hace de manera más indirecta y no expresamente dirigida en exclusiva a los derechos sexuales y reproductivos, fijó un calendario de vacunaciones sistemáticas en Catalunya (actualizado por la Orden SLT/318/2011, de 15 de noviembre), que incluye vacunas que pueden afectar estos derechos, como la prevención del contagio del virus del papiloma humano, entre otras enfermedades anexas. Si bien se han producido cambios en algunas recomendaciones, falta actualizarlos.

### 6.4. Plan de Salud de la Generalitat de Catalunya periodo 2016-2020

Más allá de la normativa, existen una serie de políticas públicas impulsadas desde el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con relevancia en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Este es el caso del Plan de Salud Catalunya 2016-2020, en el que se proponen, entre otros objetivos, algunos directamente relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, como son el 19 “Reducir por debajo del nivel de 2013 la tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 años” (que era de 22,8 embarazos / 1.000 mujeres de 15-19 años), 22 “Re-

ducir en un 5 % la incidencia del VIH” (que era de 16,8 / 100.000 en el caso de los hombres y 2 / 100.000 en el caso de las mujeres) o el 23 “Reducir en un 10 % la incidencia de la gonococia” (que era de 43,3 / 100.000 en el caso de los hombres y 7,2 / 100.000 en el caso de las mujeres).

Dentro de los planes sectoriales, el Departamento de Salud, en el marco de sus competencias, elabora planes que abarcan largos periodos, como el Plan de Salud mencionado, y otros planes o programas que son para períodos de más corta duración o para colectivos específicos.

Los planes guían las actuaciones a realizar en periodos concretos. Destacan por su impacto en salud sexual y reproductiva los siguientes:

- Estrategia nacional de la atención primaria y salud como unitaria (ENAPISC): la ENAPISC da respuesta a los retos del sistema sanitario, en general, y en el ámbito de la primaria, en particular, como las desigualdades en salud, el envejecimiento de la población y la cronicidad de muchas enfermedades.
- Plan nacional de urgencias de Catalunya (PLANUC): tiene como misión principal asegurar que toda persona reciba una atención continuada y urgente equitativa y de calidad, y que se adapte a las necesidades de salud de las personas a través de una red de atención integrada, accesible y resolutive, liderada por profesionales, que sitúe la ciudadanía en el centro del sistema.
- Plan de Salud: es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud en el ámbito de la Generalitat de Catalunya.
- Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP): para que todos los sectores del Gobierno, de las Administraciones públicas catalanas y de la sociedad capitalicen directamente sus influencias respectivas sobre la salud y el bienestar asociado a la salud de la población de Catalunya.
- Plan estratégico de investigación e innovación en salud: para optimizar las estructuras de investigación y favorecer un mejor retorno de la inversión en investigación y contribuir a acortar el período comprendido entre los resultados de investigación y la aplicación en la práctica clínica y de salud pública.
- Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones: recoge la priorización de actuaciones a desarrollar por parte del Gobierno de la Generalitat para atender a estas personas.
- Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS): instrumento del Gobierno para promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades.

---

## 6.5. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información Concerniente la Salud y la Autonomía de los Pacientes y la Documentación Clínica

---

El objetivo básico de esta ley es desarrollar los derechos a la información, al consentimiento informado y al acceso a la documentación clínica de los ciudadanos de Catalunya en el ámbito sanitario, en aplicación del principio de la autonomía de los pacientes reconocidos en la legislación internacional y estatal.

Esta Ley trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales. Describe el contenido de la historia clínica como documento que incorpora

toda la información sobre el estado de salud de los pacientes, y las actuaciones clínicas y sanitarias correspondientes a los diversos episodios asistenciales, así como, en su caso, aquellas observaciones o apreciaciones subjetivas de los médicos. Así mismo, se regulan los derechos de los usuarios en relación con la documentación clínica, el tratamiento que han tenido en los diversos niveles asistenciales, el acceso a la información que contiene, quién puede acceder y en qué condiciones, y los plazos durante los que esta información se debe conservar. Esto es de especial importancia para los derechos sexuales y reproductivos de los pacientes de la sanidad catalana, en respeto a su derecho a la intimidad, privacidad de datos personales y en los deberes de la Administración pública de custodiar estas historias clínicas, asegurando el acceso del personal médico, el acceso de los pacientes, y la protección de la confidencialidad que estos datos suponen.

# 7.

VIH / SIDA

La clasificación epidemiológica de “grupos de riesgo” del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) supuso la consolidación del estigma y la discriminación de determinados colectivos (homosexuales, personas usuarias de drogas, etc.) a la vez que invisibilizó sectores de la población cada vez más afectados por la epidemia, principalmente mujeres, generando un déficit en el número de acciones y estrategias dirigidas a estos sectores. La terminología de “grupos de riesgo” se sigue manteniendo en las políticas de salud, dificultando la percepción del riesgo real.<sup>10</sup>

Las pruebas de detección del VIH en el Estado español son siempre de carácter voluntario y confidencial, como recomienda ONUSIDA. Sin embargo, en las mujeres embarazadas o en situación de querer estarlo, estas pruebas se convierten en obligatorias ante su protocolización en el seguimiento del embarazo. Las recomendaciones elaboradas desde el Ministerio están dirigidas a aconsejar la prueba a toda mujer en esta situación y han convertido a estas mujeres en el único sector de la población con “obligación” de realizar las pruebas de detección del VIH, lo que supone la vulneración del derecho de las mujeres a la autonomía como pacientes.<sup>11</sup>

La epidemia tiene un marcado carácter de transmisión sexual. En las mujeres, la transmisión heterosexual supone el 83 % de los nuevos diagnósticos (2011) de los que el 50 % se produjeron en mujeres migrantes. Los programas a mujeres se han convertido en subsidiarios.<sup>12</sup>

Entre las mujeres diagnosticadas en 2016, un 49,1 % eran migrantes. Sin embargo, los programas de prevención, diagnóstico y apoyo dirigidos a mujeres se han reducido dramáticamente.<sup>13</sup>

En Catalunya, el número de nuevos casos de VIH declarados por habitante es superior a la media europea (11,1 y 5,7, respectivamente) y un 42 % se diagnostican tarde, especialmente en heterosexuales y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

Durante el año 2013, en Catalunya, aproximadamente 34.200 personas vivían con el VIH. La prevalencia del VIH en la población era del 0,46 %, similar a la de Francia (0,40 %) y más alta que la de otros países del norte de Europa, como Alemania (0,10 %) o el Reino Unido (0,30 %).<sup>14</sup>

Aunque no se dispone de estimaciones directas, se considera que la proporción de población que desconoce su estado serológico es similar a la del resto de Europa, que se sitúa en torno al 25-30 %.<sup>15</sup>

Se observa un incremento global en el periodo 2010-2014 en todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) sometidas a declaración obligatoria. En el año 2014, el herpes genital y el condiloma acuminado fueron las ITS declaradas con más frecuencia, y afectaban principalmente a hombres y mujeres jóvenes. Los casos de sífilis infecciosa y gonococia se duplicaron y triplicaron, respectivamente, en el periodo de 2010-2014.<sup>16</sup>

El Plan de acción frente al VIH y otras ITS para el 2016-2020 busca la adopción y la implementación de las medidas necesarias para reducir la incidencia de la infección por VIH y otras ITS, mejorar el acceso al tratamiento y la calidad de vida de las personas infectadas, así como reducir la estigmatización que representa la infección por el VIH y otras ITS, mediante la acción comunitaria para la inclusión social.

Para ello, propone como objetivos la mejora en el monitoreo y la evaluación, y busca establecer innovaciones en la investigación respecto al VIH y otras ITS, reducir la incidencia y el retraso del diagnóstico del VIH y otras ITS, mejorar la atención integral y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/sida u otras ITS, así como hacer frente al estigma, promover una respuesta social constructiva al VIH y otras ITS fomentando la inclusión social.

10 Informe EPU Creación Positiva 2010, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).

11 Informe EPU Creación Positiva 2010, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).

12 Plataforma Sombra CEDAW 2008-2013.

13 Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con motivo del examen del 6.º informe periódico de España, 63.º periodo de sesiones, marzo 2018.

14 Informe epistemológico CEEISCAT. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. 2015.

15 Plan de acción frente al VIH y otras ITS 2016-2020, Comisión Interdepartamental del Sida en Catalunya.

16 Plan de acción frente al VIH y otras ITS 2016-2020, Comisión Interdepartamental del Sida en Catalunya.

8.

EL ABORTO

La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) afecta derechos fundamentales que son competencia del Estado español. Las políticas públicas sobre el aborto tienen en Catalunya un doble marco: el código penal y la regulación establecida por la ley.

---

## 8.1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

---

En esta Ley, el aborto no constituye un derecho, y en ningún momento se define como parte de los derechos sexuales y reproductivos. En todo caso, constituye una situación excepcional que requiere la intervención de los poderes públicos para garantizar la libre determinación de las mujeres, su libertad, su integridad física y moral, y su intimidad.

Pese a su configuración en relación con los derechos civiles y políticos, la regulación contenida en esta Ley se limita a regular la interrupción voluntaria del embarazo en la medida que pueda afectar la salud de las mujeres (de hecho, el artículo 2 solo define la salud, la salud sexual y la salud reproductiva). Por tanto, el aborto inicialmente se configura como una cuestión relacionada con la autonomía reproductiva de las mujeres, para acabar siendo una preocupación de salud pública.

El aborto sigue siendo un delito regulado en el Código Penal (artículos 145 y 145 bis) y las condiciones para poder ejercerlo en las excepciones despenalizadas están reguladas en esta Ley Orgánica (artículos 13 a 17 de la Ley Orgánica sobre salud sexual y reproductiva).

---

## 8.2. Asesoramiento previo a las mujeres

---

Esta Ley Orgánica establece un asesoramiento obligatorio previo a toda interrupción voluntaria del embarazo con un contenido específico en el caso de la interrupción voluntaria dentro de las 14 semanas de gestación (artículo 17). Tiene que transcurrir un periodo mínimo de 3 días entre la manifestación de la voluntad de interrumpir y la práctica de aborto (artículo 14).

No existe ningún otro supuesto en nuestro Ordenamiento Jurídico donde se pida un periodo de reflexión entre la manifestación de la voluntad de la persona y el desarrollo de las consecuencias jurídicas. Esto constituye un ejemplo claro del tratamiento de las mujeres como sujetos legales con una capacidad de obrar inferior, con una implícita sospecha de que nunca son sujetos plenamente capaces de tomar decisiones libres y conscientes en aspectos tan importantes en sus vidas como la reproducción.

El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo establece, en su artículo 5, la información previa al consentimiento en los casos de interrupción del embarazo por voluntad de la mujer. En cualquier centro sanitario público o privado acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, se le tiene que entregar un sobre cerrado que incluya necesariamente información sobre las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto; los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y la atención de los hijos; los beneficios fiscales; datos sobre centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, y datos sobre centros en los que las mujeres pueden recibir asesoramiento antes y después de la interrupción de embarazo.

Sin embargo, la obligatoriedad de este periodo de reflexión y el asesoramiento es contrario a las obligaciones jurídicas específicas que el propio Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala en los estados partes, relativas al derecho a la salud sexual y reproductiva.

## 8.3 Acceso al aborto

La Ley establece la igualdad en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y su inclusión en el Sistema Nacional de Salud (artículo 19).

Esto también va en la línea de los elementos del derecho a la salud sexual y reproductiva de disponibilidad, accesibilidad física y asequibilidad que reconoce el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

En Catalunya, en el año 2017, el número de IVE realizadas, tanto de mujeres residentes como de no residentes, ha sido de 19.686, un 0,1 % más que las realizadas en el año 2016 (19.661).

También en Catalunya, con la implementación del tratamiento farmacológico en 2011 hasta los 49 días de embarazo, modificado en 2014 hasta los 63 días de embarazo, ha aumentado el porcentaje de IVE realizadas en los centros de Atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y ha disminuido tanto en los centros hospitalarios como extrahospitalarios. Las IVE realizadas en los ASSIR y la unidad asistencial representan el 34,0 %; las llevadas a cabo en los centros hospitalarios representan el 7,5 %, y las realizadas en los centros extrahospitalarios, el 58,5 %.

El 66,9 % de las IVE han sido realizadas en centros sanitarios públicos y un 16,8% en centros privados.

El motivo de las IVE más frecuente sigue siendo a petición de la mujer, que representa el 89,5 % de los casos. El riesgo grave para la vida o la salud de la embarazada es el 7,2 % y tanto las causas fetales como la combinación de motivos tienen porcentajes bajos.

Las mujeres de 16 ó 17 años tienen que dar su consentimiento acompañado de un documento que acredite el cumplimiento del requisito de información previa. La mujer tiene que entregar el documento personalmente, acompañada de sus representantes legales, al personal sanitario del centro donde se practique la intervención.

La Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo originalmente permitía que las mujeres de 16 y 17 años prestaran su consentimiento para abortar, con la información de al menos un de los sus padres o tutores legales. La Ley también establecía la posibilidad de que en situaciones de grave conflicto, peligro de violencia intrafamiliar, o situación de desarraigo o desamparo, se pudiera prescindir de esta información. Estas dos posibilidades se eliminaron en 2015 con la modificación de la Ley Orgánica (Ley Orgánica 11/2015, de 21 septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada jurídicamente en la interrupción voluntaria del embarazo).

Los datos más recientes disponibles sobre el acceso al aborto en Catalunya no permiten analizar el impacto de la última reforma legal de 2015 que obliga a las chicas de 16 y 17 años a disponer del consentimiento escrito de los tutores legales para abortar, ya que los datos disponibles agrupan las edades de 15 a 19 años.

Sin embargo, es importante tener en cuenta las normativas reglamentarias catalanas que concretan los servicios, el acceso y las condiciones de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el territorio catalán.

La Orden de 1 de agosto de 1985, sobre la práctica del aborto en centros o establecimientos sanitarios en Catalunya establece en su artículo primero lo siguiente:

1. (...) se consideran acreditados los centros o establecimientos sanitarios, públicos o privados, que dispongan de Servicios de Obstetricia y Ginecología y disfruten de la correspondiente certificación de acreditación entregada de acuerdo con lo que prevé la Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 25 de abril de 1983 y disposiciones concordantes.
2. Los mencionados centros o establecimientos acreditados deberán conservar la historia clínica, así como los dictámenes previos, informes y documentos en los que conste el consentimiento expreso de la mujer embarazada de someterse a la práctica del aborto.



La Orden de 10 de diciembre de 1986, por la que se dispone el procedimiento de recogida de datos relativos a las interrupciones voluntarias de embarazo llevadas a cabo de conformidad con la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, también establece en su artículo primero que:

Cualquier interrupción voluntaria del embarazo realizada en el ámbito de Catalunya, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, será notificada al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por parte del centro o establecimiento sanitario acreditado que la lleve a cabo, llenando el impreso que figura anexo a la presente Orden. Para preservar el anonimato de la interesada, el responsable encargado del tratamiento de la información a la que hace referencia el artículo 2 velará por la confidencialidad de los datos contenidos en el referido impreso, que nunca no podrán ser hechos públicos individualizadamente.

La Orden de 17 de noviembre de 1992, por la que se regula la acreditación de los centros y establecimientos sanitarios donde se realizan prácticas de aborto en los supuestos a los que se refiere la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del Código Penal determina en el artículo primero que:

A los efectos de lo que dispone el artículo 417 bis del Código penal podrán ser acreditados:

1. Para la realización de abortos en los que concurra alguna de las siguientes patologías sobreañadidas: diabetes insulino dependiente, otras metabolopatías, HTA, cardiopatías, colagenosis, coagulopatías y nefropatías en grado severo o cualquier otra patología que según el juicio del médico que haya examinado a la mujer embarazada haga necesaria la intervención en un centro hospitalario, los centros hospitalarios que cumplan los criterios de acreditación que establece la Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios (DOGC núm. 1477, de 07.08.1991) y la normativa complementaria.
2. Para la realización de abortos que superen las doce semanas de gestación, pero sin que concurran las patologías sobreañadidas mencionadas en el punto 1, los centros y establecimientos sanitarios que reúnan las condiciones y requisitos que establece el anexo.
3. Para la realización de abortos que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las doce semanas de gestación, los centros y establecimientos sanitarios que reúnan las condiciones y requisitos que establece el artículo 19.1 del Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre.

## 8.4. Tipificaciones que afectan los derechos reproductivos: el aborto y otras figuras

El Código Penal vigente dedica todo un Título (II) al aborto con diferentes figuras delictivas: por una parte, los tipos penales que protegen el embarazo frente a posibles formas de violencias y, por la otra, la criminalización de supuestos de aborto practicados fuera del marco legal vigente, que han sido muy criticados por el movimiento feminista y por la doctrina penal, que en general considera que la práctica de aborto voluntario tiene que salir del Código Penal. Concretamente, encontramos:

### a) Sanciones para las personas profesionales que practican el aborto sin consentimiento de la mujer, o con violencia o intimidación (artículo 144):

El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.

En este caso, nos encontramos ante un tipo penal que protege los derechos reproductivos de las mujeres en situaciones de violencias contra su voluntad de llevar a cabo un embarazo.

**b) Sanciones por el aborto realizado con consentimiento de la mujer fuera de los casos permitidos legalmente (artículo 145.1):**

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

**c) Sanciones para las mujeres que abortan fuera de los supuestos legales (artículo 145.2):**

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

**d) Sanciones para el personal sanitario y los centros cuando se practican abortos si falta algún requisito administrativo de los supuesto legales (artículo 145 bis):**

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

- a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;
- b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;
- c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;
- d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en la mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada de acuerdo con este precepto.

**e) Aborto por imprudencia (artículo 146):**

El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o una multa de seis a 10 meses.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.



# 9.

**LA LAICIDAD, LA LUCHA CONTRA LOS  
FUNDAMENTALISMOS Y LOS DISCURSOS  
DE ODIO COMO GARANTÍA DE LOS  
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Uno de los elementos que nos puede ayudar a medir el desarrollo de las políticas de derechos sexuales y reproductivos es entender si su desarrollo se ve frenado por los obstáculos que provienen de discursos fundamentalistas, así como de la falta de laicidad de las instituciones que aplican estos derechos.

En este sentido, examinaremos la información disponible sobre el ejercicio de objeción de conciencia, los ataques de ámbitos fundamentalistas hacia los derechos sexuales y reproductivos, y los problemas podemos encontrar alrededor de los discursos de odio.

## 9.1. La objeción de conciencia y su falta de limitaciones en la sanidad pública

No existe una legislación específica que regule el derecho a la objeción de conciencia dentro del Ordenamiento Jurídico estatal. Se entiende que está comprendido en el derecho fundamental a la libertad religiosa (artículo 18 CE) y libertad ideológica (artículo 17 CE). El ámbito de este derecho de objeción de conciencia ha sido delimitado jurisprudencialmente, y se ha reconocido este derecho al personal sanitario en cualquier acto relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo (STC 15/1982 de 23 de abril y STC 53/1985 de 11 de abril) y, más recientemente, a los farmacéuticos al dispensar la píldora del día después (STC 145/2015, 25 junio 2015).

A pesar de este vacío legal, la Ley Orgánica de salud sexual e interrupción voluntaria del embarazo menciona específicamente la necesidad de conciliar el ejercicio de este derecho con la igualdad de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de toda mujer en el territorio estatal. La Ley hace referencia expresamente a que se trata de un derecho individual y que las autoridades sanitarias tienen que velar por que este ejercicio no suponga un obstáculo en la garantía de la autonomía de las mujeres (artículo 19.2 de la Ley Orgánica).

No obstante, se han demostrado las dificultades de cumplimiento de estas disposiciones normativas. No existen datos oficiales sobre el número de facultativos que ejercen este derecho de objeción de conciencia en Catalunya. Tampoco hay un registro público para hospitales o centros sanitarios y no contamos con ningún dato sobre el ejercicio de objeción de conciencia de los farmacéuticos en Catalunya.

La ley estatal sobre autonomía de los pacientes (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) establece como principio general que las personas son mayores de edad para tomar decisiones sobre su vida y su salud a partir de los 16 años, excepto en los casos de técnicas de reproducción humana asistida y de interrupción voluntaria del embarazo, donde la edad mínima son los 18 años (art. 9.5).

En el caso de las menores de edad, se precisará el consentimiento explícito de sus representantes legales.

## 9.2. Ataques a los derechos de las mujeres en situación de interrupción voluntaria del embarazo

Entre las dificultades que encuentran las mujeres que quieren realizar una IVE, destacan algunas vulneraciones directas de sus derechos, que se realizan mediante coacciones, amenazas o formas de *stalking*, en los procesos de acceso a los centros que realizan estas intervenciones.

El estudio "*Percepciones de las mujeres que interrumpen su embarazo frente al hostigamiento de los grupos anti derechos/anti elección en las puertas de los centros acreditados para la IVE*" (ACAI, 2018) pone de manifiesto la gravedad de la situación. Este estudio muestra la grave situación de acoso

y coacciones con que se encuentran las mujeres en la entrada de los centros: un 89 % de las mujeres que han sufrido estos hechos se han sentido acosadas y un 66 %, amenazadas. Estas violencias limitan y afectan gravemente el ejercicio de los derechos reconocidos por nuestro ordenamiento jurídico.

El estudio de ACAI propone diferentes medidas que son claramente necesarias para proteger los derechos de las mujeres que quieren abortar. Concretamente propone, entre otras cuestiones, algunas medidas que consideran imprescindibles para garantizar la libertad de las mujeres:

- a) Crear una infracción o delito de obstrucción a la IVE, siguiendo el modelo de la ley francesa "LOI no 2017-347 du 20 mars 2017".
- b) Utilizar la normativa municipal relativa a la utilización de los espacios públicos.
- c) Facilitar la denuncia a las mujeres de los delitos que se están produciendo.
- d) Investigar con diligencia las coacciones, amenazas, *stalking* y otros delitos que se producen.

### 9.3. Los discursos de odio, la LGTBI-fobia y los derechos sexuales y reproductivos

Un de los principales ataques que reciben los derechos sexuales y reproductivos proviene de los llamados discursos de odio, así como de las prácticas de LGTBI-fobia.

Nuestra legislación ha dotado de una herramienta penal para sancionar los llamados discursos de odio. La reforma del Código Penal de 2015 (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo) incorporó el género como motivo de discriminación en el agravante 4a del artículo 22 (los llamados delitos de odio).

La circunstancia agravante 4a actualmente dispone:

Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, el sexo, la orientación o la identidad sexual, las razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad.

Este agravante, sin duda, puede aplicarse a casi todas las formas de violencias machistas y, en particular, a las violencias sexuales, ya que precisamente en la comisión de estos delitos el elemento central es la construcción de género. Así mismo, se puede aplicar en los casos vinculados a las vulneraciones por condición de identidad sexual de la víctima, o de opción afectivo-sexual.

La aplicación de este agravante se concreta en la sentencia STS 3164/2018 del Tribunal Supremo. La Sala Penal del Tribunal Supremo ha elevado la condena impuesta a un hombre que apuñaló e intentó asfixiar a la mujer con la que mantenía una relación sentimental sin convivencia, después de quitarle el móvil, al creer que se comunicaba con un otro hombre y decirle "si no eres mía, no eres de nadie". En este caso, el Tribunal aplica el agravante de género al haberse acreditado el intento de dominación del acusado sobre la víctima.

En el ámbito catalán, la Ley 11/2014 incluye definiciones de las conductas que se consideran discriminatorias e indica las sanciones que se deben establecer. El Observatorio contra la Homofobia realiza un informe anual sobre el estado de los derechos LGTBI en Catalunya.

En el año 2017, el Observatorio recibió 11 incidencias. El 51,4 % de las personas que denuncian estas incidencias son hombres gays o bisexuales; un 17,1 %, personas trans; un 10,8 %, mujeres lesbianas o bisexuales; el 1,8 % son heterosexuales, y 0,9 %, bisexuales. El 47 % de las incidencias son agresiones que incluyen agresiones físicas o verbales; un 12,6 % son incidencias en redes sociales y un 9,9 % de las incidencias se describen como "odio y exaltación".

El Observatorio Contra la Homofobia presentó, en septiembre de 2016, una propuesta de protocolo dirigida a la Generalitat de Catalunya para regular el funcionamiento del deber de intervención de las Administraciones públicas y el personal a su servicio ante cualquier muestra de LGTBI-fobia, para desplegar el artículo 11 de la Ley 11/2014. En consecuencia, la Generalitat de Catalunya aprobó, en octubre del 2017, el “Protocol que desplega el deure d’intervenció de les persones que treballen a les administracions públiques de Catalunya per a fer efectiu l’abordatge de l’homofòbia, la bifòbia i la transfòbia a Catalunya” (Protocolo que despliega el deber de intervención de las personas que trabajan en las administraciones públicas de Catalunya para hacer efectivo el abordaje de la homofobia, la bifobia y la transfobia en Catalunya).

Según un informe del Servicio de Delitos de Odio y Discriminación de la Fiscalía Provincial de Barcelona (2016), a nivel policial, se registraron, durante el año 2015 en la provincia de Barcelona, un total de 232 hechos delictivos, entre los que un 16 % correspondían a una discriminación por orientación sexual o identidad de género. En relación con el año anterior, los hechos delictivos aumentaron de 195 casos a 232, según datos recogidos por el cuerpo de Mossos d’Esquadra. El Servicio intervino en 28 procedimientos judiciales por discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.

Los discursos de odio, especialmente contra las mujeres y personas LGTBI, se han extendido en particular por las redes sociales. Un informe reciente elaborado por Laia Serra en *Pikara Magazine* (2018), alerta sobre la forma en la que las violencias contra las mujeres y las personas LGTBI en las redes sociales son una nueva amenaza contra la libertad de las mujeres y el ejercicio de sus derechos. El informe indica como algunas de estas nuevas formas de discriminación y vulneración de los derechos de las mujeres afectan, también, los derechos sexuales y reproductivos.

# 10.

**LAS VIOLENCIAS MACHISTAS COMO  
OBSTÁCULOS PARA EL DESARROLLO  
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVOS**



Entre los numerosos obstáculos en relación con los derechos sexuales y reproductivos, encontramos la existencia de las violencias machistas. Las violencias machistas, en sus variadas manifestaciones, vulneran los derechos sexuales de forma directa, cuando atacan con formas de violencias sexuales en las mujeres, o de forma indirecta, mediante otras formas de violencia machista que limitan el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos.

La última Encuesta sobre violencia machista en Catalunya (EVMC) (Generalitat de Catalunya, 2018) muestra el fuerte impacto de las violencias machistas en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La encuesta comprende mujeres y hombres de 16 años y más que residen en Catalunya, con una muestra total de 9.577 mujeres y 1.378 hombres, que fueron encuestados telefónicamente entre noviembre y diciembre de 2016.

Los ámbitos básicos de estudio son nueve e incluyen la victimización por parejas actuales, exparejas y no parejas; la violencia sufrida en la infancia (hasta los 15 años); la violencia y el impacto de la violencia en menores; la violencia hacia mujeres con diversidad funcional; las discriminaciones en el trabajo y el acoso sexual en el ámbito laboral, y las percepciones sobre la violencia machista y estereotipos de género.

Para entender las políticas públicas en este aspecto nos centraremos en las diversas regulaciones que se presentan a continuación:

- a) El Código Penal y el tratamiento de las violencias machistas, en particular, de las violencias sexuales.
- b) Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- c) Pacto de Estado en materia de violencia de género (2017) y Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género
- d) La Ley Catalana 5/2008
- e) Protocolos de intervenciones contra las violencias sexuales

## 10.1. Una protección penal androcéntrica hacia las violencias sexuales

La esfera de la protección de los derechos sexuales en el Código Penal tiene tres vertientes. La primera es muy amplia e incluiría todas las tipificaciones de formas de violencias que se pueden ejercer contra las mujeres (físicas, psíquicas, económicas), y que alteran o limitan el ejercicio de sus derechos sexuales, entre las cuales están los varios tipos penales que sancionan cualquier tipo de violencia en las relaciones de pareja o expareja (violencia de género) o en el ámbito del núcleo familiar más extenso.

En segundo lugar, estarían las tipificaciones que vulneran la libertad sexual como establece la definición de este bien jurídico en el Código: agresiones, abusos sexuales y otras figuras.

En tercer lugar, existen figuras que tipifican diversas formas de violencias machistas vinculadas, particularmente, al ejercicio de los derechos sexuales; como los matrimonios forzados, el acoso sexual, la mutilación genital femenina y el tráfico con finalidad de explotación sexual.

Nos centraremos brevemente en las dos últimas vertientes que están más relacionadas con la protección de los derechos sexuales.<sup>17</sup>

El título VIII del Código Penal recoge los delitos contra la libertad y la indemnidad sexuales, que se dividen en tres capítulos. Un capítulo se refiere a las agresiones sexuales (artículos 178 a 180), otro está dedicado a los abusos sexuales (artículo 181) y el último, añadido el 2015, se centra en los abusos y las agresiones sexuales a personas menores de 16 años.

El Código Penal de 2015 aumentó la edad para emitir un consentimiento válido de 13 a 16 años. La Fiscalía General del Estado, en su memoria referida al año 2016 y en el apartado dedicado a los menores, afirma que se han disparado las denuncias por abusos sexuales entre menores. Así lo manifiesta la propia Fiscalía: “La [cifra] de abusos sexuales es la más alta, con diferencia, de la presente década. Bien puede tener su explicación ese ascenso en el cambio legislativo introducido por LO 1/2015 en el CP, aumentando de trece a dieciséis años la edad para prestar consentimiento en las relaciones sexuales.”

Dentro el capítulo II bis (de abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años) del Título VIII (delitos contra la libertad e indemnidad sexuales) del Libro II del CP, el art. 183 quater, introducido después de la reforma por LO 1/2015, de 30 de marzo, establece que “el consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos que prevé este Capítulo, cuando el autor sea una persona cercana al menor por edad y grado de desarrollo o madurez”. La Fiscalía General del Estado ha emitido una Circular para dar criterios de interpretación de este artículo, Circular 1/2017, sobre la interpretación del art. 183 quater del código Penal. En esta circular, indica, entre otros aspectos, los puntos siguientes:

- a) El fundamento de la excepción prevista en el art. 183 quater CP radica en evitar interpretaciones estrictas que castiguen las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes o personas jóvenes entre las que no haya diferencias sustanciales en cuanto a edad y madurez. Esta situación excluye la noción de abuso.
- b) El legislador, para conferir eficacia al consentimiento del menor de 16 años, ha optado por un criterio mixto fundado en dos parámetros: uno cronológico (edad similar) y otro biopsicosocial (grado similar de desarrollo o madurez).
- c) El art. 183 quater no define franjas concretas de edad. Es posible, sin embargo, establecer plazos de protección según la víctima sea impúber (en todo caso), haya llegado a la pubertad y no sea mayor de 13 años (la exención se limitaría generalmente a autores menores de 18 años), y menores de 14 y 15 años (los contactos sexuales podrían abarcar a sus iguales jóvenes).

El marco jurídico estatal, aunque ha sufrido importantes modificaciones durante las últimas décadas, todavía muestra rasgos regresivos, tal como demuestran ejemplos como el hecho de poner la prueba de violencia o intimidación como elemento clave de las agresiones sexuales, y no simplemente la falta de consentimiento.

Esta cuestión, por ejemplo, hace que los casos en los que se utilizan drogas o alcohol para incapacitar a la víctima se consideren, de acuerdo con el Código Penal, delitos de abusos sexuales y no de agresión sexual. Es decir, pasan a ser considerados delitos menos graves. Al mismo tiempo, con el mantenimiento de la consideración de mayor gravedad para los delitos que conllevan una penetración en el cuerpo de la víctima, se refuerza un rasgo fundamental de falocentrismo aún presente en la legislación. En este sentido, en cuanto a la interpretación y la aplicación de las normas penales, hay una grave falta de información estadística sobre los casos: falta información sobre la relación entre la víctima y el denunciado, sobre los sobreseimientos, las razones

<sup>17</sup> Catalunya disponemos, desde 2016, de un estudio sobre la aplicación de los tipos penales vinculados a las violencias sexuales. El estudio del Grupo Antígona “Marc jurídic internacional, estatal i autonòmic de les violències sexuals (matrimonis forçats, mutilacions genitals femenines, tràfic d’essers humans amb finalitat d’explotació sexual, assetjament i agressions sexuals)”. Disponible en: [http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_ambits/docs/vm\\_abordatge\\_violenciessexuals\\_2.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/vm_abordatge_violenciessexuals_2.pdf)

por las que desisten de seguir el proceso judicial, el porcentaje de sentencias condenatorias y absolutorias entre el total de sentencias, entre otras carencias.

En el caso de las mutilaciones genitales femeninas (MGF), su tipificación se realiza en el artículo 149.2 del CP y se ha eliminado la referencia expresa a la extraterritorialidad en la persecución de este delito, hecho que puede tener un efecto negativo en cuanto a la prevención. Además, en relación con las MGF tienen mucha importancia las disposiciones relativas al derecho de asilo o refugio, dado que se trata de una situación –de manera análoga a otras formas de violencias machistas– en la que las mujeres o niñas sufren persecución por razón de su pertenencia a un grupo determinado. En Catalunya, una de las comunidades autónomas con mayor incidencia de MGF, el marco normativo prevé disposiciones relevantes en materia de violencias machistas de protección de la infancia. La Ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres, por ejemplo, prevé disposiciones que fomentan medidas de carácter reparatorio; la Ley contra las violencias machistas contempla actuaciones específicas; y se dispone de varios protocolos de prevención e intervención en casos de MGF.

En cuanto a los matrimonios forzados, hay que señalar que se trata de un fenómeno cada vez más reconocido en el ámbito internacional, hecho que también ha comportado la tipificación en el ámbito estatal. En efecto, el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia hacia las mujeres (celebrado en Estambul el 11 de mayo de 2011 y en vigor desde el 1 de agosto de 2014), conocido como Convenio de Estambul, incluye los matrimonios forzados entre las formas de violencia hacia las mujeres que los Estados miembros deben tipificar, como ha hecho el Estado español desde la reforma del Código Penal de 2015 (artículo 172 bis). Esta normativa penal castiga el matrimonio forzado de dos maneras: como una forma agravada de coacción y como una forma de tráfico de seres humanos. Además del marco penal, se aplican también las normas civiles relativas a la regulación de los contratos de matrimonio y las normas relacionadas con el derecho de asilo o refugio para las mujeres víctimas o potenciales víctimas.

La modificación introducida por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal, estableció la diferencia entre los delitos de tráfico de seres humanos con finalidad de trata y el tráfico ilegal de personas. El tráfico de personas se reguló en el artículo 318 bis del Código Penal, mientras que la trata está regulada en el artículo 177 bis del mismo texto.

En el ámbito catalán hay que señalar la existencia del Protocolo de protección de víctimas de tráfico de seres humanos en Catalunya, de 17 de octubre de 2013.

Este documento adapta el Protocolo marco estatal al ámbito de Catalunya. En el protocolo catalán se defiende que hay que tener un cuidado especial cuando se trate de víctimas menores de edad, cuando sean extranjeras en situación administrativa irregular o se encuentren en cualquier otra situación que las convierta en especialmente vulnerables (como en estado de gestación, problemas de salud o discapacidad). Se les debe procurar protección y asistencia integrales que eviten la victimización secundaria y las ayude a colaborar en los procesos penales.

Este Protocolo distingue la fase preventiva mediante la adopción de medidas de prevención, concienciación e información a la población, y la fase de recuperación y reparación de las víctimas. De la misma manera que en el protocolo marco español, se establece que la detección la puede hacer la policía o los cuerpos de seguridad, la inspección de trabajo, la misma víctima u otras entidades.

La Ley del Estatuto de la víctima del delito (Ley 4/2015, de 27 de abril) recoge por primera vez un catálogo sistematizado de los derechos procesales y extraprocesales de las víctimas de los delitos. Estos derechos y el reconocimiento específico de la gravedad de las violencias sexuales como un factor especialmente considerado en el momento de evaluar las necesidades de protección de las víctimas son garantías fundamentales para las mujeres víctimas de estas violencias. No obstante, un análisis cuidadoso de las disposiciones de la Ley muestra que esta protección también tiene carencias, como las numerosas excepciones a los derechos de las víctimas, en particular, para evitar que sean objeto de preguntas sobre su vida privada o sexual u otras medidas varias de protección durante la investigación y el juicio.

Hay que señalar, también, que la formación especializada de los operadores jurídicos (funcionariado, jueces, fiscales, abogados y procuradores), que es una de las previsiones de la Ley de del Estatuto de la víctima del delito, es un reto pendiente, sobre todo teniendo en cuenta que actualmente no se ha introducido una formación específica en cuestiones de género.

---

## 10.2. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

---

En el ámbito del Estado español, las medidas contra las violencias machistas se han centrado en el Código Penal y la Ley de violencia de género. El problema es que, como veremos, no incluyen la mayoría de las violencias sexuales.

La Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección contra la violencia de género, 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.” Las principales medidas de la Ley están dirigidas a las situaciones de violencias machistas en el ámbito de la pareja o expareja, dejando fuera otras expresiones de violencia machista. En este sentido, la única forma de violencia sexual que se incluye es la que tiene lugar en el ámbito de la pareja.

Las violencias sexuales son una de las principales causas de vulneración de los derechos humanos, incluido el derecho a la libertad sexual. La mencionada Ley no aborda la trata de seres humanos, las mutilaciones genitales femeninas, los matrimonios forzados ni, en general, los elementos preventivos, de diagnóstico y reparación de la violencia sexual.

Este diseño de la Ley ha provocado varios problemas:

### a) Fragmentación conceptual entre las diversas violencias machistas

Ante la violencia sexual, hay una escasa respuesta institucional que incorpore medidas sancionadoras, así como preventivas y educativas. La falta de actuación de las diferentes Administraciones públicas, así como la de los gobiernos que se han ido alternando en los últimos cuarenta años, se traduce en una ausencia completa de políticas públicas en el marco del acceso y obtención de asistencia, protección, justicia y reparación en violencia sexual.

Asimismo, a pesar de la existencia del Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Tráfico de Seres Humanos, el Estado ha prescindido de una legislación integrada que agrupe las distintas modalidades de tráfico y que proteja de manera eficaz a mujeres y niñas de estas situaciones. En consecuencia, las diversas comunidades autónomas han adoptado protocolos de atención sanitaria para la violencia de género y la violencia sexual, pero se restringen mayoritariamente a violaciones y agresiones sexuales.

### b) La construcción de políticas de prevención, atención y reparación centradas en las víctimas de violencias machistas en la pareja

Varios estudios e informes han indicado estos problemas en el diseño de las políticas públicas contra la violencia de género. Entre otros, destacamos los señalamientos del Informe Sombra 2008-2013, sobre la aplicación en el Estado español de la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujeres (CEDAW), en la 61.ª sesión del Comité CEDAW - Naciones Unidas:

Esto implica que, en primer lugar, haya una ausencia de datos propios sobre prevalencia y magnitud de estos abusos y de medidas de prevención contra esta forma de VG. Asimismo, se produce una escasa y desigual disposición de recursos de atención a las víctimas. En este sentido, de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) que conforman el Estado,

sólo 9 disponen de recursos específicos para víctimas de violencia sexual. Por otro lado, incumpliendo la recomendación del Consejo de Europa, no existe ningún “centro de crisis” para víctimas de violencia sexual. Por último, puede decirse que existe una falta de especialización del sistema de justicia penal en materia de violencia sexual, lo cual dificulta el acceso y obtención de justicia, incluso en los casos en los que las víctimas son niñas. Por lo que respecta a la atención integral a las víctimas de VG, ésta se encuentra en peligro al no existir una norma o acuerdo político que garantice estándares mínimos de disponibilidad, accesibilidad y calidad, desde el inicio de la crisis económica, y especialmente desde el 2011. Las CC.AA. tienen transferidas las competencias en esta materia y la ausencia de coordinación interterritorial hace que se tomen decisiones que amenacen la red de recursos de información, atención y recuperación de las víctimas en el conjunto del Estado. (Informe Sombra, 2014: 7).

### **c) La falta de un abordaje de género en muchas de las manifestaciones de violencias sexuales como las agresiones sexuales, los matrimonios forzados, la mutilación genital femenina o la trata de seres humanos**

La Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección contra la violencia de género no trata las violencias sexuales fuera de la pareja, ni otras violencias sexuales específicas aunque estén claramente vinculadas, en muchos casos, a situaciones con violencias en la pareja, como el matrimonio forzado. Los marcos normativos y de políticas públicas de vulneraciones de los derechos de las mujeres como la mutilación genital femenina o el tráfico con finalidad de prostitución forzada quedan sin un marco de políticas públicas marcado en el ámbito de las violencias machistas y sin medidas de intervención comunes y específicas.

### **d) Falta de atención a una gran parte de las víctimas**

La mayoría de las mujeres afectadas por violencia de género no reciben una respuesta adecuada por parte del Estado. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada en 2015, el 10,3 % de las mujeres de más de 16 años ha sufrido violencia física; el 25,4 %, violencia psicológica de control; el 21,9 % violencia psicológica emocional; el 8,1 %, violencia sexual (la mitad antes de los 15 años), y el 10,8 %, violencia económica. El 45 % acudió a servicios de asistencia médica, psicológica, jurídica o social pero solo un 28,6 % lo ha denunciado y, de este porcentaje, un 20,9 % retiró, después, la denuncia.

En Catalunya los datos de la última encuesta de victimización, publicada en el año 2018,<sup>18</sup> indican que el 64,4 % de mujeres de Catalunya de 16 años y más han sido víctimas de la violencia de alguno de los bloques durante toda la vida; el 60,5 % desde los 15 años y el 17,6 % en el último año. Según la gravedad de los hechos sufridos, aquellas víctimas que han sufrido violencia toda la vida han sido víctimas de hechos menos graves en un 51,3 %, seguido de un 27,9 % de hechos graves y un 27,4 % de muy graves. Estos porcentajes son sensiblemente superiores a los de las víctimas de violencia desde los 15 años (47,3 % hechos menos graves; 33,4 % graves y 20 % muy graves) y en el último año (11,9 % menos graves ; 6,1 % graves y 2,3 % muy graves ).

Por grupos de edad, las mujeres de 16 a 29 años han sido víctimas en un 25,8 %, frente al 15,2 % de 30 a 44 años, el 8,8 % de 45 a 64 años y el 5,3 % de las de 65 y más años.

En el último año han sido víctimas de algún hecho el 2 % de mujeres (frente al 1 % de los resultados que recogía el EVMC en 2010), seguido del 1 % de amenazas graves; el 0,9 % de agresiones físicas violentas; el 0,6 % de intento de violación y 0,5 % de violación. Un 0,2 % de las mujeres han sido víctimas de tocamientos sexuales con violencia. Así, 1 de cada 4 mujeres ha sufrido algún hecho especialmente grave a lo largo de su vida (25,3 %).

En cuanto a la violencia por parte de no parejas, un 49,9 % de las mujeres han sufrido algún hecho desde los 15 años; en el último año, el porcentaje es del 11,2 %. De estos, han sido hechos menos

<sup>18</sup> Generalitat de Catalunya (2018), Encuesta de violència masclista a Catalunya. [http://dones.gencat.cat/web/content/03\\_ambits/violencia\\_masclista/estadistiques/Presentacio\\_EVMC\\_23072018.pdf](http://dones.gencat.cat/web/content/03_ambits/violencia_masclista/estadistiques/Presentacio_EVMC_23072018.pdf)

graves un 32,2 %, graves un 22,9 % y muy graves un 10,7 % desde los 15 años. En el último año, estos porcentajes son de menos graves en un 6,6 %, graves en un 3,3 % y muy graves un 0,7 %.

De las mujeres que han sufrido algún hecho, un 70,9 % ha sido por parte de un desconocido; un 33,4 % por parte de un conocido y un 0,5 % por parte de un familiar (una misma mujer puede estar en más de un grupo). Las agresiones por parte de hombres que no son pareja ni expareja se dan mayoritariamente en el ámbito público. De manera más detallada, las agresiones en el último año tienen lugar en los espacios de ocio (20,9 %), el espacio público (18,3 %), el transporte público (17,1 %), casa de la víctima (12,5 %), el lugar de trabajo (11,9 %), las redes sociales (7,3 %), otros (5,5 %), casa de otra persona (3,3 %) o el ámbito académico/escolar (3,2 %).

Las consecuencias de haber sufrido algún hecho en el último año son que las mujeres procuran no salir solas (44,3 %), tienen más miedo de salir (22,5 %), han cambiado sus actividades habituales (22,1 %) y llevan algún objeto para defenderse (14,8 %).

El Informe Sombra de seguimiento de la CEDAW de 2017, señala como una carencia especialmente grave la falta de atención a las mujeres migrantes:

Este hecho, sumado a las restricciones de la Ley de Violencia, implica que mujeres en situación de especial vulnerabilidad, como las mujeres migrantes en situación irregular, no puedan acudir a instancias policiales o judiciales a denunciar otras formas de violencia por miedo a que se les incoe un expediente de expulsión. Su situación se ve agravada por el hecho de que otras reformas legislativas, como la que afecta al Sistema Nacional de Salud, las excluye de la atención sanitaria no urgente si no tienen la condición de aseguradas, limitándose la oportunidad que representa la atención primaria en la detección y atención a víctimas. (Informe Sombra al Comité de la CEDAW: 2017, 4)

En el Informe Sombra de 2008-2013 también se indicaba la grave desatención que sufren mujeres en situación de especial vulneración de sus derechos o con necesidades diversas, como consecuencia de los recortes del sistema sanitario:

Por edades, las mujeres a partir de 26 años y las mujeres mayores, especialmente en el medio rural, también se resienten de forma especial de los efectos de las medidas adoptadas.

Se quedan sin protección las mujeres adultas (mayores de 26) que nunca hayan cotizado, salvo que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado; es el caso de paradas, entre las que se encuentran gitanas, mujeres con diversidad funcional, estudiantes universitarias.

Se establece el copago de algunas prestaciones sanitarias como medicamentos, que afectan particularmente a las mujeres mayores, que presentan una incidencia elevada de patologías crónicas que requieren tratamiento. Esta situación se ve agravada en el medio rural, donde el envejecimiento de las mujeres es mucho mayor.

Las mujeres mayores también se ven afectadas por la no financiación de medicamentos, como los antiinflamatorios entre otros, para síntomas llamados menores, dada la mayor prevalencia de trastornos crónicos en estas edades. Se determinan unas prestaciones como suplementarias y otras como accesorias, como los traslados en ambulancias, que afectan más a mujeres en ámbitos rurales.

### **e) La falta de servicios especializados para mujeres con problemas de drogodependencias, enfermedades graves o VIH**

Es otro de los problemas que señala la evaluación realizada en la red de atención a las violencias machistas en el año 2016.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Grupo Antígona (2016): *Diagnosi de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral per a les dones en situació de violència masclista*, Instituto Catalán de las Mujeres. Disponible en: [http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre\\_documentacio/publicacions/informes\\_estudis\\_avaluacions/](http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre_documentacio/publicacions/informes_estudis_avaluacions/)

## **f) Falta de perspectiva de género de las personas profesionales, especialmente en el ámbito sociojurídico**

### **g) Grave recorte de los recursos humanos y económicos para la aplicación de la Ley**

Las medidas de austeridad adoptadas en el contexto de crisis socioeconómica también han afectado los derechos sexuales y reproductivos. A través de estas políticas se ha reducido un 21,6 % el presupuesto para la prevención de la violencia machista y un 18 % el presupuesto para políticas de igualdad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esto ha perjudicado la protección, procesos de apoyo y acompañamiento y derechos de las víctimas de violencia de género y sexual, especialmente aquellas que pertenecen a los colectivos más vulnerables, debido a su entorno social, drogodependencia, enfermedad, o de cualquier otra condición desventajosa.

El Informe Sombra (2014) estatal indica que:

Concretamente, desde 2011, se ha producido una merma en la cantidad y calidad de los servicios. Como ejemplo, en diciembre de 2011 se cerraron 9 de las 10 Oficinas de Atención a las Víctimas de delitos en la CA de Baleares, servicio que existía desde 1989, esencial para las víctimas de VG; en junio 2012, se cerró la casa de acogida para mujeres en especiales dificultades en Málaga (Andalucía) y, al cierre de este informe, el centro de la mujer de Ciudad Real (Castilla la Mancha) corre el riesgo de desaparecer, tras 30 años activo. Asimismo, el recorte de los servicios se acentúa más en las áreas rurales, en donde están desapareciendo servicios como los centros de información a la mujer (Castilla la Mancha) o los centros de información en pequeños municipios de Baleares.

En lo que se refiere a la calidad de los servicios, se ha producido una merma considerable entre 2011 y 2014. En muchos territorios, los equipos humanos han visto reducidas sus horas de atención a más de la mitad, saturándose así los servicios públicos. Asimismo, en la Comunidad de Madrid la contratación de estos servicios se realiza mediante concursos públicos cuyos términos de referencia consideran el precio como criterio único de adjudicación, con lo que esto puede dañar a la calidad de los servicios que se presten. En Catalunya, los recortes del 15% de salario y horario que el Gobierno de la Generalitat aplicó a sus trabajadoras/es no funcionarios el 2012 afectó gravemente a algunos servicios esenciales para víctimas de VG. (Informe Sombra, 2014: 7).

### **h) Las desigualdades territoriales en la aplicación de la Ley**

El informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con motivo de examen del 6.º informe periódico del Estado español 63 período de sesiones marzo 2018, afirma en el punto 59:

En España hay inequidades territoriales considerables en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Existe evidencia abundante sobre situaciones de inequidad tanto en el alcance de los derechos sexuales y reproductivos como en las prestaciones sanitarias entre CC. AA., que suponen un problema para la misma protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Algunos ejemplos muestran la magnitud de este problema:

1. La edad mínima para contraer matrimonio legal en España ha sido elevada a los 16 años, pero únicamente dos comunidades (Catalunya y Navarra) han comenzado a legislar sobre ello. En los últimos 14 años han contraído matrimonio en España 365 menores. Aunque el número de matrimonios con un miembro menor de 18 años parezca “irrelevante”, la limitación de edad constituye “un impedimento más para evitar prácticas puntuales, pero de enorme gravedad como lo son los casos de matrimonios forzados”.

2. De las 17 CC. AA. que conforman el Estado español, sólo 9 Comunidades disponen de recursos para víctimas de violencia sexual de género, ninguno operativo las 24 horas del día. En algunas de estas CC. AA. los servicios no están garantizados por el Estado, siendo iniciativas privadas dependientes de las subvenciones públicas. Esta situación genera desigualdad territorial y no garantiza estándares mínimos en todo el Estado.

### e) Falta de adaptación a las exigencias del Convenio de Estambul

Por último, hay que indicar la inadecuación ante las exigencias de los tratados y convenios ratificados por el Estado español. El Estado ha ratificado el Convenio de Estambul que, en su artículo 5.2, exige a las partes del convenio que tomen las medidas legislativas y otras necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del mismo. Este convenio incluye de forma explícita la necesidad de abordar las políticas públicas relativas a los derechos sexuales y reproductivos.

---

## 10.3. Pacto de Estado en materia de violencia de género (2017) y Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género

---

La ratificación del Convenio de Estambul requiere una adecuación de la legislación y las políticas públicas estatales y autonómicas.

En esta línea, el 15 de noviembre de 2016, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de Ley por la que se instaba al Gobierno a promover la suscripción de un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Su objetivo era que tanto el Gobierno de la Nación como las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía y la Federación Española de Municipios y Provincias siguieran impulsando políticas para la erradicación de la violencia sobre la mujer como una verdadera política de Estado.

El Congreso, en la sesión plenaria del 28 de septiembre de 2017, aprobó, sin ningún voto en contra, el Informe de la Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de violencia de género. Por su parte, el 13 de septiembre de 2017, el Pleno del Senado aprobó, por unanimidad, el Informe de la Ponencia de Estudio para la elaboración de estrategias contra la violencia de género.

El Pacto de Estado incluye varias medidas contra las violencias sexuales.

En relación con el Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género, la reforma se ha centrado en mejorar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia de género en las relaciones de pareja. Concretamente las novedades más importantes son las siguientes:

- a) Modificación de los artículos 20 y 23. El artículo 20 contiene tres tipos de medidas destinadas a mejorar la asistencia jurídica de las víctimas. Tal y como exige el Pacto de Estado, el artículo contempla que, además de los colegios de abogados, los procuradores también adopten las medidas necesarias para la designación urgente de letrados y procuradores de oficio en los procedimientos que se sigan por violencia de género, y que aseguren su inmediata presencia para la defensa y representación de las víctimas.
- b) Modificación del artículo 23 de la Ley Orgánica 1/2004 para concretar y ampliar los títulos judiciales habilitantes para acreditar la condición de víctima de violencia de género, y también para establecer otros títulos no judiciales habilitantes para los casos en los que no hay denuncia y, en consecuencia, tampoco hay procedimiento judicial abierto.

Se incluye una modificación en el artículo 156 del Código Civil para cumplir la medida 148, del Informe de la Subcomisión del Congreso que propone desvincular la intervención psicológica con menores expuestos a violencia de género del ejercicio de la patria potestad. En la medida que el Pacto de Estado aún no se ha desarrollado y que el Decreto-Ley no incluye medidas relacionadas con las violencias sexuales, se puede afirmar que estamos todavía lejos de cumplir con los estándares establecidos en el Convenio de Estambul.



El 20 de julio de 2018, se presentó en el Congreso del Diputados una proposición de Ley de Protección Integral de la libertad sexual y para la erradicación de las violencias sexuales por parte del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos - En Comú Podem - En Marea. Esta proposición incluía numerosas medidas que darían cumplimiento a las obligaciones internacionales del Estado español.

En conclusión, se puede afirmar que las políticas estatales carecen de un marco legislativo para la prevención, atención, recuperación y reparación de las mujeres en situaciones de violencias sexuales o violencias contra sus derechos reproductivos. Únicamente las medidas penales constituyen un marco sancionador para estas conductas.

## 10.4. Derechos sexuales y reproductivos en la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista

La Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Ley 5/2008, del 24 de abril) ha marcado una meta en el reconocimiento del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, y aborda claramente la protección hacia la violencia de los derechos sexuales y reproductivos.

Esta Ley se estructura en cuatro títulos: el primero, dedicado a las disposiciones generales de la Ley; el segundo, a la prevención, la detección y la erradicación de la violencia machista; el tercero, a los derechos de las mujeres en situaciones de violencia machista –a la prevención, la atención, la asistencia, la protección, la recuperación y la reparación integral–; y el cuarto, a las competencias, la organización y la intervención integral contra la violencia machista.

La Ley define la violencia machista así:

(...) la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, las intimidaciones y las coacciones, tenga como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado (Artículo 3.a).

Las formas de violencia machista, pues, pueden ser físicas, sexuales, psicológicas o económicas. Se puede cometer en el ámbito de las relaciones de pareja, de la familia, en el ámbito laboral, social o comunitario o en cualquier otro ámbito en el que se lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres (artículo 5).

En relación con la prevención, la detección y la erradicación de la violencia machista, la Ley contiene provisiones específicas relativas a la investigación en violencia machista, la sensibilización social y la información para prevenir y eliminar la violencia machista, e incluye medidas específicas dirigidas a los medios de comunicación y en los ámbitos educativo, laboral y social. También tiene disposiciones específicas sobre la formación y la capacitación de profesionales, que intervienen directa o indirectamente en casos de violencias machistas.

En cuanto a los derechos de las mujeres en situaciones de violencia machista, se reconoce el derecho a la prevención, la atención, la asistencia, la protección, la recuperación y la reparación integral. Sin embargo, se establecen disposiciones específicas para colectivos de mujeres que pueden estar afectados por discriminación interseccional en función de diversos factores.

En relación con las violencias sexuales del art. 4 las define de la siguiente manera:

c) Violencia sexual y abusos sexuales: comprende cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación y la imposición, por medio de violencia, de intimidación, de prevalencia o de manipulación emocional, de rela-

ciones sexuales, con independencia de que la persona agresora pueda tener con la mujer o la menor una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco.

Por una parte, uno de los elementos más importantes de la definición es que pone correctamente el énfasis en el consentimiento de las mujeres. Por otra parte, se incluyen diversos supuestos de violencias sexuales de manera ejemplar y, además, se aclara que es independiente al vínculo afectivo que la mujer, niña o adolescente pueda tener con el agresor.

La Ley detalla, en el artículo 5, los diferentes ámbitos donde se pueden manifestar violencias machistas, como veremos a continuación. Las violencias sexuales pueden tener lugar en el ámbito de la pareja, de las relaciones familiares, del ámbito laboral y del ámbito sociocomunitario.

Primero. Violencia en el ámbito de la pareja de tipo sexual

Segundo. Violencia en el ámbito familiar que también puede incluir violencia sexual, contra las mujeres y las menores de edad en el seno de la familia y perpetrada por miembros de la misma familia, en el marco de las relaciones afectivas y de los vínculos del entorno familiar

Tercero. Violencia en el ámbito laboral, que incluye la violencia sexual y dos tipos específicos de violencia que son:

a) Acoso por razón de sexo: lo constituye un comportamiento no deseado relacionado con el sexo de una persona en ocasión del acceso al trabajo remunerado, la promoción en el lugar de trabajo, el empleo o la formación, que tenga como propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de las mujeres y de crearles un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

b) Acoso sexual: lo constituye cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual que tenga como objetivo o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una mujer o de crearle un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.

Las agresiones sexuales se definen específicamente en el ámbito comunitario en el artículo 5, 4.º, a.

Cuarto. Violencia en el ámbito social o comunitario, que comprende las siguientes manifestaciones:

a) Agresiones sexuales: consisten en el uso de la violencia física y sexual ejercida contra las mujeres y las menores de edad que está determinada por el uso premeditado del sexo como arma para demostrar poder y abusar.

Hay que señalar que, aunque la definición de agresiones sexuales se encuentra dentro del ámbito comunitario, esta manifestación de las violencias machistas se puede dar en cualquiera de los ámbitos que prevé la Ley; es decir, el de la pareja, el familiar o el laboral. Hay que destacar, también, que la Ley no hace referencia expresa al nivel de la acción estatal de manera específica, esto es, a la llamada violencia institucional o perpetrada por agentes del Estado. No obstante, prevé un quinto ámbito, que incluye "cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres", en el que, sin duda, pueden incluirse las violencias sexuales perpetradas por agentes públicos.

Todas las medidas de atención, sensibilización, detección, recuperación y reparación se extienden a todas las violencias sexuales. En la Ley destacan algunas medidas específicas contra violencias sexuales concretas, como el derecho a la atención y asistencia sanitarias específicas en el caso de violencias machistas y, en particular, la referencia al protocolo específico sobre agresiones sexuales (artículo 32).

Sin embargo, en este momento, Catalunya cuenta con un Protocolo para abordar la violencia machista en el ámbito de la salud en Catalunya, del año 2019.

A continuación, analizaremos algunos de los elementos principales de la Ley en relación con las violencias sexuales y qué evaluación se ha hecho de las políticas públicas desarrolladas hasta

el momento. Para este análisis utilizaremos dos evaluaciones que se han realizado sobre la Ley de violencias machistas:

- 1) Creación Positiva (2016): El abordaje de las violencias sexuales en Catalunya. Parte III. Diagnósis sobre el modelo de abordaje de las Violencias
- 2) Grupo de Investigación Antígona (2016): Diagnósi de la xarxa d'atenció i recuperació integral per a les dones en situació de Violència Masclista.<sup>20</sup>

Estas dos evaluaciones indican problemas que se repiten en los dos informes:

a) Falta de atención a la diversidad de violencias sexuales, manifestaciones de violencias sexuales atendidas por la red y diversidad de mujeres

- Las encuestas de victimización catalana, española y europea muestran que las violencias machistas sexuales afectan una gran diversidad de ámbitos y de maneras diferentes. Esta variedad de situaciones de violencias machistas no está todavía suficientemente atendida en la red de intervención, ya que la gran mayoría de situaciones de violencia machista atendidas por la red han sido violencias en el ámbito de la pareja.
- Las situaciones más explícitas de doble discriminación son las que sufren algunas mujeres migrantes a causa de su situación de extranjería y las dificultades comunicativas derivadas del desconocimiento del idioma.
- Respecto a la situación especial de niñas, adolescentes y jóvenes, el número de mujeres de esta franja de edad que pueden sufrir violencias machistas y que acceden a los servicios de la Red es muy bajo.

b) Medidas de prevención de las violencias sexuales

En las diagnósis ha quedado reflejado que las acciones sobre la prevención de las violencias sexuales son las que tienen más carencias y, básicamente, es porque no hay una planificación de la prevención como ámbito de actuación. El 73,7 % de los profesionales dedican menos de un 25 % de su jornada laboral a la prevención y la sensibilización. Solo un 10,7 % de las profesionales invierten y dedican como mínimo la mitad de la su jornada laboral a la prevención y la sensibilización. Las formas de violencias sexuales tienen una grave carencia de acciones de prevención (Antígona, 2016).

c) Insuficiencias en la atención especializada a las agresiones sexuales

Uno de los problemas importantes es la accesibilidad desde la perspectiva de las largas distancias y la falta de transporte. Un 35,2 % de los profesionales destaca que el acceso a los servicios (distancia, transporte, plazas disponibles) es un de los aspectos a mejorar (Antígona, 2016). También hay problemas de accesibilidad desde de la perspectiva de las plazas disponibles.

La distribución de los recursos es desigual en el territorio. La inexistencia de recursos específicos en determinados territorios supone un factor de exclusión que impide hacer efectivos los derechos de todas las víctimas en igualdad de condiciones independientemente del lugar de residencia. Focalizando la atención en los recursos específicos, estos están caracterizados por una serie de puntos débiles que van desde la escasa financiación, los problemas para garantizar la seguridad de las víctimas en recursos compartidos con otros tipos de población, la falta de plazas disponibles en determinadas épocas de año, hasta a la desconexión existente con el resto de los recursos de la Red.

d) Falta de un modelo integral de abordaje de las violencias sexuales

La atención es fragmentada ya que los protocolos no tienen un abordaje integral, sino que son protocolos de actuación urgentes. Por lo tanto, el primer reto es establecer un auténtico circuito

<sup>20</sup> [http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre\\_documentacio/publicacions/informes\\_estudis\\_avaluacions/](http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre_documentacio/publicacions/informes_estudis_avaluacions/)

integrado de atención en toda la red en relación con las violencias sexuales. Falta especialización en el tema de violencias sexuales entre las personas profesionales, e identificación de las que lo hacen en los circuitos.

Es especialmente problemática la falta de perspectiva de género en el abordaje de las violencias sexuales a los menores.

#### e) Formación del personal especializado y condiciones laborales

Las dos evaluaciones ponen de manifiesto las deficiencias en la formación y capacitación a profesionales. Existe un consenso sobre el hecho de que la situación laboral de los profesionales afecta la calidad de la intervención. La precariedad laboral conduce sistemáticamente a una reducción en la calidad de los servicios de la Red.

Podemos concluir que no se ha garantizado esta formación y que está muy lejos de hacerse. Y no solo a escala cuantitativa del número de profesionales, sino tampoco por los contenidos que habitualmente se ofrecen. (Creación Positiva, 2016: 221)

Durante toda la diagnosis se ha puesto en evidencia la inexistencia de estos recursos de cuidado y supervisión para las profesionales que están trabajando en general con VM y en especial con VS. Pero, lo que seguramente es más grave es que estas carencias afectan más a los equipos menos especializados (seguridad, salud, servicios sociales, infancia). Este hecho, puede agravar situaciones de revictimización, ya que, además, los equipos de recursos generalistas muchas veces acceden a menos formaciones y, por tanto, están menos preparados para afrontar determinadas situaciones. (Creación Positiva, 2016: 223).

#### f) Problemas con los protocolos de atención a las violencias sexuales

Los informes indican dispersión informativa e institucional que no facilita el vínculo entre los diversos protocolos asociados a las diversas manifestaciones de las violencias sexuales.

Un tema especialmente importante es que no hay un protocolo general sobre las agresiones sexuales que actúe como referencia para todos los departamentos. En la práctica profesional, el protocolo operativo del Departamento de Salud es el que actúa como protocolo general, el que se acaba utilizando como protocolo marco para paliar la carencia.

#### g) Problemas de revictimización

La revictimización de las mujeres atendidas es un problema común en el tratamiento de las violencias machistas en la Red. Así, el informe de Creación Positiva de 2016 sobre el abordaje de las violencias sexuales indica que, según las personas profesionales encuestadas, las mujeres que han sufrido violencias sexuales no siempre se sienten acompañadas y no estigmatizadas en este proceso: el 50 % consideran que se sienten atendidas y apoyadas; 40 % creen que se sienten protegidas, el otro 40 % lo ponen en duda (20 % término medio) o lo niegan (20 %) (Creación Positiva, 2016: 129).

---

## 10.5. Protocolos de intervenciones contra las violencias sexuales

---

Más allá de la existencia de leyes y normas, también son importantes los protocolos sobre las diferentes formas de violencia machista que ordenan la actuación de los poderes públicos catalanes en la actuación de prevención y aplicación de la normativa vigente.

Destaca el Protocolo marco para una intervención coordinada contra la violencia machista, legitimado por la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Es un instrumento activo que establece las bases a partir de las que se define un modelo de intervención compatible con el que establece la Ley. Este modelo se debe completar

con el trabajo interinstitucional que se está desarrollando a nivel territorial, y con las prácticas y las aportaciones de todos los agentes y ámbitos implicados.

También encontramos protocolos específicos del ámbito catalán que abordan alguna forma específica de violencia machista como son:

- Protocolo de prevención, detección e intervención frente el ciberacoso entre iguales
- Protocolo para la prevención y abordaje de acoso sexual y por razón de sexo en la empresa
- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina
- Protocolo de protección de las víctimas de tráfico de seres humanos en Catalunya
- Procedimiento de atención y prevención policial de matrimonios forzados
- Sería necesario un protocolo integral multidisciplinar de atención, a nivel de Catalunya, con perspectiva de género, en vez de una perspectiva policial.
- Protocolo para el abordaje de los matrimonios forzados de la demarcación de Girona

# 11.

## **LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN RELACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD DE IDENTIDAD, SEXUAL Y AFECTIVA**

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos afecta de forma directa la visibilización de los derechos de las personas LGTBI y la realización de políticas públicas encaminadas a la garantía de estos derechos. En Catalunya, estas políticas públicas tienen el nuevo marco de la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia, que entró en vigor el 18 de octubre de 2014. Esta Ley quiere avanzar en el reconocimiento de los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, y completar la legislación sobre los derechos y libertades de estas personas (Preámbulo de la Ley), y garantizar la no discriminación por orientación sexual, de identidad de género o de expresión de género (artículo 1).

Sin embargo, en relación con los derechos sexuales y reproductivos, una vez más, solo se mencionan las necesidades específicas de salud de estas personas, como la “sensibilización y prevención en referencia al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual; el estudio, la investigación y el desarrollo de políticas sanitarias específicas, así como los tratamientos asociados a la transidentidad y la intersexualidad o el acceso a las técnicas de reproducción asistida, entre otras medidas” (Preámbulo de la Ley).

En este sentido, los objetivos en materia de salud se centran en “tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGTBI, con la finalidad de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y a gozar de los servicios de salud en condiciones objetivas de igualdad” (artículo 16.1). Sí que recoge la obligación de no considerar a estas personas, especialmente transgéneros e intersexuales, con una patología (artículo 16.3.a), en la línea de la interpretación que la normativa internacional hace de incluir la diversidad sexual como parte de la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad de las personas y, por tanto, entender la patologización como una amenaza a su salud sexual y reproductiva.<sup>21</sup>

Como consecuencia del respeto a la diversidad sexual, parte de los derechos fundamentales de las personas y su interdependencia, Catalunya es una de las pocas comunidades autónomas que ha incorporado la totalidad de los tratamientos a la cartera de prestaciones sanitarias, incluidas las unidades de referencia especializadas.<sup>22</sup>

También desde 2016, las personas transexuales no necesitan el diagnóstico previo de un psiquiatra para recibir la autorización para hacer una reasignación de género en Catalunya.<sup>23</sup> Este, sin embargo, ha sido un de los aspectos más criticados sobre la atención sanitaria en el conjunto del territorio estatal, que ha puesto de relieve la necesidad de un diagnóstico previo de “disforia de género” en caso de querer optar por un tratamiento clínico integral de reasignación sexual, que supone la patologización del hecho transexual y una violación, por tanto, de sus derechos sexuales y reproductivos.<sup>24</sup>

La Ley 11/2014 otorga al Síndic de Greuges, en la disposición adicional tercera, la función de defensa de derechos y libertades en materia de no discriminación de las personas LGTBI que puedan haber sido vulneradas por la actuación de la Administración. En aplicación de este precepto, en fecha 11 de mayo de 2016, se firmó un convenio de colaboración entre el Síndic y el Departamento de Trabajo, Bienestar Social y Familias, que tiene por objeto agilizar y coordinar el circuito de las quejas que se presentan al Síndic en esta materia. El Síndic ha presentado un informe titulado: *Dos anys de vigència de la llei 11/2014 pels drets LGTBI: les actuacions del síndic març 2017*.

En el informe se recogen 58 actuaciones iniciadas en este período, de las cuales 33 han sido quejas; 16, consultas, y nueve, actuaciones de oficio. Del total de 58 actuaciones, el mayor número hace referencia, en primer lugar, a temas relacionados con el colectivo homosexual (33 casos) y, en segundo lugar, con el colectivo transgénero (22 casos).

21 Cap. 23. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

22 Informe EPU Creación Positiva 2010, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).

23 Pla de Salut 2016-2020.

24 Informe EPU Creación Positiva 2010, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).

El mayor número de quejas y actuaciones hace referencia, en primer lugar, a temas relacionados con la salud (13 casos), fundamentalmente, a cuestiones relativas a las listas de espera para reasignación de sexo y el acceso de las mujeres lesbianas a técnicas de reproducción asistida. En segundo lugar, las actuaciones en el ámbito de la educación, de una parte, y la cultura, ocio y deporte, de la otra, conforman otro grueso importante (ocho casos cada uno de estos ámbitos). Cabe destacar que en el ámbito de la cultura, ocio y deportes, los materiales con contenido homófono son el motivo principal de intervención. En cuanto a la educación, las quejas por agresiones verbales o físicas centran una parte importante de la actividad del Síndic. En cuarto lugar, encontramos las actuaciones que se corresponden con el ámbito de familias (seis casos) y, en particular, las que se presentan por temas relacionados con la inscripción en el registro civil, en el caso de los hijos de familias homosexuales.

En relación con la implementación de la Ley 11/2014, la Dirección General de Igualdad ha encargado al Instituto Diversitas un Informe de Evaluación del Proceso de Implementación de la Ley, que deja en evidencia que muchas de las quejas afectan claramente los derechos sexuales y reproductivos de los colectivos LGTBI.

En abril del 2015, activistas feministas y LGTBIQ registraron en el Parlamento de Catalunya una queja para impulsar el desarrollo de la Ley 11/2014, específicamente el artículo 16.3 k), para denunciar el impedimento de las mujeres sin pareja y las parejas de mujeres para acceder a las técnicas de reproducción asistida, que afirmaban diferencias territoriales y entre centros de salud. En la queja se reclamaba, por una parte, poner en el centro la dignidad y autonomía de las mujeres sobre su salud y, por otra, se denunciaba la vulneración de derechos, el sesgo de género existente en la actualidad, la patologización, la falta de adaptación de los formularios médicos a la diversidad familiar LGTBIQ, y la dificultad en el acceso a la lactancia inducida, entre otros. Además, se llevó a cabo una propuesta de Protocolo de acceso a las técnicas de reproducción asistida que, en parte, fue adoptado por el Departamento de Salud en julio de 2016. Actualmente, las impulsoras de la iniciativa siguen registrando quejas por la falta de información del personal sanitario, por la centralización del servicio en la ciudad de Barcelona y por la aplicación práctica del Protocolo.

También hay que tener en cuenta a las personas LGTBI trabajadoras sexuales que afrontan vulneraciones de derechos específicas e interrelacionadas con otros ejes de discriminación. En este sentido, el Ayuntamiento de Barcelona aprobó un plan municipal con el objetivo de ofrecer apoyo social y jurídico a las mujeres trans que ejercen trabajo sexual en la ciudad. El plan de la Concejalía de Feminismos y LGTBI se llama *Programa Carolinas* y prevé asistencia jurídica en casos de discriminación y vulneración de derechos del colectivo y mejorar la formación del funcionariado público en relación con la temática. Se prevé colaboración con diversos servicios municipales como la Agencia de abordaje Integral del Trabajo Sexual (Abits) y la Oficina para la No Discriminación (OND).





# 12.

## LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD

En este apartado se hará referencia específica al marco de las políticas públicas que afectan a las personas menores de edad y algunos de los principales obstáculos de su desarrollo.

En Catalunya, el marco principal en relación con el desarrollo de los derechos de las personas en la infancia y adolescencia es la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia.

Esta Ley establece en su preámbulo que, de acuerdo con los principios inspiradores de la Ley (que establecen que los niños y adolescentes son sujetos de Derecho, de los que el derecho a decidir derivará de su capacidad), se pretende incidir en los derechos subjetivos de las chicas menores a decidir, por ejemplo, sobre su maternidad. En referencia a esto, se recoge el mandato del artículo 41.5 del Estatuto (citado previamente). De esta manera, se quiere que las chicas menores que han demostrado capacidad suficiente se apoderen, también, de los derechos para controlar los procesos reproductivos y decidir el significado y el destino del propio cuerpo; y que las chicas menores no sean ajenas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (descritos en el marco de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, de Beijing, y reconocidos como parte indisoluble de los derechos humanos).

No obstante, resulta más difícil traducirlo a la práctica porque Catalunya no tiene competencias en materia de legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo y, por tanto, las adolescentes no pueden decidir libremente sobre su maternidad, ya que para prestar por sí solas el consentimiento en la interrupción voluntaria de embarazo necesitan ser mayores de edad. Es más, la posibilidad de que adolescentes entre los 16 y los 18 años pudieran excepcionalmente interrumpir el embarazo, sin necesidad de contar con el consentimiento de sus padres y madres o tutores, fue suprimida de la Ley estatal de salud sexual y reproductiva (artículo 13.4 de la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva suprimida el 23 de septiembre 2015).

En Catalunya la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia contiene el artículo 30 sobre el derecho a la identidad, entre ellas la identidad personal y sexual. El artículo 90 contempla medidas de protección en el ámbito de la educación, con medidas específicas sobre acoso escolar.

Otro instrumento fundamental en el desarrollo de las políticas de juventud es el Plan de actuación de políticas de juventud de la Generalitat de Catalunya 2017-2020 (PAPJ).

Este plan promueve actuaciones y novedades como la promoción de la actividad física entre la población joven (y no solo de la actividad deportiva), el abordaje de los usos de las TIC y de las adicciones sin sustancia o socio-adicciones, o la intervención en materia de acoso sexual, entre muchas más.

Además, en la línea de incorporar la perspectiva inclusiva y de género en todos los programas y actuaciones, el PAPJ 2017-2020 pretende abordar el discurso heterocentrado en materia de salud, tener en cuenta e incluir las opciones no normativas de sexualidad, y abordar los patrones estéticos y roles de género en materia de salud sexual y reproductiva, etc.

Referente al desarrollo de los derechos de los menores trans, destaca una novedad importante como es el nuevo *Protocolo para la atención y acompañamiento de los alumnos transgénero en los centros educativos*. De acuerdo con la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia, el respeto a la diversidad en cuanto a la orientación sexual, la identidad de género o expresión de género tiene que ser efectivo en todo el sistema educativo. Los centros deben constituir un entorno amable donde el alumnado pueda vivir de manera natural su identidad de género y expresión de género. El *Protocolo para la atención y acompañamiento de los alumnos transgénero en los centros educativos* permite dotar a los centros y el profesorado de una herramienta específica que garantice el desarrollo integral de los alumnos en su diversidad, establece un marco común de actuación y favorece la coordinación de los diferentes agentes implicados mediante un circuito sistematizado.

Hay que subrayar, también, el *Protocolo específico de prevención, detección e intervención frente al acoso escolar a personas LGBTI*, aprobado el mayo de 2017 por el Parlamento de Catalunya. Los objetivos del protocolo son a) prevenir las situaciones de acoso de los alumnos por motivos

de orientación afectiva sexual o identidad de género, b) detectarlas, c) intervenir frente a estas situaciones. Se mencionan varias conductas de discriminación, tipo de acoso y componentes de acoso escolar por LGTBIQ-fobia. También se proporcionan herramientas para prevenir este acoso a través de actividades docentes. En el protocolo se establece el circuito de coordinación entre los actores de la comunidad educativa, elementos para detectar las conductas de acoso y pautas de actuación.



# 13.

## MATERNIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (RHA)

Los derechos reproductivos no solo hacen referencia a decidir sobre la reproducción sino también a recibir una asistencia sanitaria adecuada antes de la gestación, durante la gestación y después del parto.

El embarazo y el parto no son un problema de salud, pero para garantizar el derecho a la integridad física y moral de las mujeres, así como de los bebés, el sistema de salud público garantiza la atención durante el periodo de embarazo, parto y posparto. Las mujeres embarazadas no tienen a priori un problema de salud, pero se convierten en pacientes para estar bajo el sistema sanitario.

Catalunya tiene desde 2018 un *Protocolo de seguimiento del embarazo*, donde se establecen las directrices de la asistencia sanitaria al embarazo, parto y puerperio.

Uno de los derechos básicos, entre muchos otros, es el derecho de las mujeres embarazadas a recibir toda la información necesaria para decidir libremente cómo quieren llevar a cabo la gestación, el parto y el cuidado del bebé. Esto implica ofrecer diferentes alternativas basadas en la evidencia científica para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma durante el embarazo, el parto y el posparto. Desde 2007, existe en Catalunya un *Protocolo para la asistencia natural al parto normal* para garantizar la autonomía de la mujer en el momento del parto.

En Catalunya, en el año 2016, el porcentaje de gestantes con edades superiores a 34 años se situaba en 38,5 %, según los datos del Departamento de Salud. Esto es uno de los grandes factores que explica el aumento de problemas de fertilidad de las mujeres, y el incremento en el acceso a técnicas de reproducción humana asistida. El porcentaje de embarazos obtenidos por técnicas de reproducción asistida se incrementa año tras año y, actualmente, es de un 10 %, según los datos publicados en los informes sobre reproducción asistida del Departamento de Salud. Los resultados de peso bajo en nacer y prematuridad de estos bebés, según los últimos datos disponibles del año 2014, era de un 29,4 %.

Las técnicas de reproducción humana asistida están principalmente reguladas en la del ley estatal Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Originalmente, estas técnicas se concebían como una solución a los problemas de esterilidad de las parejas, y con la última ley estatal también se menciona que el desarrollo de estas técnicas y la aparición de otras nuevas también abría puertas a su aplicación en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético.

Pero su consideración meramente como parte de la salud reproductiva de las personas cambia desde el momento en el que mujeres solas pueden acceder a estas técnicas.

Artículo 6. Usuarios de las técnicas.

1. Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.

La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

Se debate, pues, si estamos ante unas técnicas que facilitan el ejercicio de la autonomía reproductiva de las personas, sin necesidad de tener una enfermedad. Se trataría más bien de unas técnicas al alcance de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, independientemente de su sexo, género, orientación sexual, estado civil y estado de salud.

El problema está, también, en la cobertura de estas técnicas por parte de la sanidad pública. En principio, la reproducción asistida está incluida en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, pero la realidad es que debido a los limitados recursos y largas listas de espera, solo un porcentaje de mujeres son atendidas por la sanidad pública en el acceso a la reproducción asistida.

En Catalunya, en el año 2014, la tasa de natalidad era de 1,38 hijos por mujer. La edad media del primer hijo fue de 30,46 años y la edad media de maternidad fue de 31,72 años. El retraso de la fecundidad supone un incremento de mujeres con problemas de fertilidad, dado que la

capacidad de las mujeres de quedarse embarazadas disminuye con la edad. Las mujeres que acceden a las técnicas de reproducción humana asistida reflejan esta situación y cada vez son más mayores en edad y más numerosas.

Solo la mitad de las mujeres receptoras de técnicas de reproducción asistida residen en Catalunya (49,9 %).<sup>25</sup> Catalunya constituye un destino importante de turismo reproductivo debido a una legislación más permisiva que la de otros países europeos, al alto nivel de la sanidad y la existencia de óvulos y semen dados anónimamente, junto con la falta de listas de espera en las clínicas privadas.

El 22,8 % de las mujeres receptoras de técnicas y residentes en Catalunya tienen entre 35 y 39 años, y el 27,9 % entre 40 y 44 años.

En Catalunya hay 27 centros privados y seis públicos de reproducción asistida. La lista de espera para técnicas de reproducción humana asistida en centros públicos es de 22 meses (2.800 personas), en comparación con el mes que hay que esperar en las clínicas privadas. Este es un factor que, en muchas ocasiones, hace que las receptoras se decanten por la medicina privada. El año 2015, el CatSalut financió 1.122 fecundaciones in vitro (FIV) y 1.291 inseminaciones artificiales, que aproximadamente representan menos del 40 % de todas las FIV e inseminaciones practicadas en Catalunya.<sup>26</sup>

El acceso a las técnicas de reproducción asistida favorece a las mujeres más jóvenes, heterosexuales y casadas, que más fácilmente tienen acceso a la sanidad pública. Todo ello hace que el acceso a la sanidad privada de fertilidad, con precios altos, no permita tampoco un acceso igualitario a estas técnicas.

Por último, hay que indicar que el Código Penal protege los derechos reproductivos a través del artículo 156, donde se sancionan las conductas de esterilización sin consentimiento o con consentimiento viciado; el artículo 161, que sanciona la práctica de la reproducción asistida sin consentimiento; y el artículo 159, que sanciona la manipulación genética que no tenga como objeto "la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo".

---

25 FIVCAT.NET "Estadística de la reproducción humana asistida a Catalunya, 2014", Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud.

26 Elaboración propia con datos de FIVCAT.NET "Estadística de la reproducción humana asistida a Catalunya, 2014", Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud i CATSALUT, 2015.





# 14.

## LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS COMO PARTE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La maternidad, la paternidad y los cuidados de las personas durante las diferentes etapas de la vida en las que son dependientes tienen una desigual protección en el ordenamiento jurídico, y el desarrollo normativo está especialmente centrado en el orden de la protección social y el mercado de trabajo.

La maternidad se protege en la medida que una trabajadora se convierte en madre y, por lo tanto, es necesario articular una serie de normas para proteger la salud e integridad física de esta trabajadora mientras dura el embarazo, en el momento del parto y lactancia. Las normas prevén una suspensión del contrato de trabajo por maternidad, paternidad, adopción, guarda con finalidad de adopción o acogida, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural de un menor de nueve meses (artículo 45.d y e del Estatuto de Trabajadores).

El permiso de maternidad, que establece como regla general un descanso retribuido de 16 semanas, tanto en el caso del nacimiento biológico, como en el caso de adopción y acogida, parece que persigue una finalidad diferente. En el caso del parto biológico, las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto son de descanso obligatorio de la madre, y las 10 semanas restantes pueden ser disfrutadas indistintamente por cualquiera de los progenitores. De ello se deduce que la norma busca la recuperación física de la madre y, también, el cuidado del bebé.

Según el Estatuto de los Trabajadores, el permiso de maternidad puede ser cedido al padre o a "otro progenitor/a", cuando los dos trabajen. Esta posibilidad legal es anecdótica en la práctica. La realidad es que, en Catalunya, menos de un 2 % de las parejas optan por esta alternativa.<sup>27</sup>

En cambio, en el caso de la acogida y adopción, las 16 semanas pueden ser disfrutadas indistintamente por cualquiera de los cónyuges, porque la finalidad principal es facilitar la adaptación de los niños en una nueva familia y garantizar sus cuidados.<sup>28</sup>

En los últimos años podemos comprobar el descenso de mujeres que disfrutaran del permiso de maternidad. Este hecho puede deberse al descenso de la natalidad y/o a la precarización de la posición de las mujeres en el mercado de trabajo.<sup>29</sup>

Otros fines que busca la normativa vigente es fomentar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en nuestra sociedad, y favorecer la conciliación de la vida familiar, laboral y personal. El primer objetivo es el que se perseguía con la inclusión del permiso de paternidad en 2007 (modificación del artículo 48Bis del Estatuto de los Trabajadores por la Ley Orgánica 3/2007, de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres), inicialmente de 14 días, y ampliado hasta 5 semanas, con lo que se pretende implicar a los hombres en las responsabilidades de los cuidados. El segundo objetivo es el que buscaba la ley de conciliación de la vida familiar y laboral en 1999 (Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras), que permitió que de las 16 semanas de permiso de maternidad, 10 de ellas pudieran ser compartidas independientemente por cualquiera de los dos progenitores.

También existe una normativa que atiende las necesidades de cuidado de las personas más allá de la primera etapa de la vida. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia partía de un diagnóstico social en el que las responsabilidades de los cuidados de los dependientes habían recaído tradicionalmente en las familias y, sobre todo, en las mujeres de estas familias. El incremento de las necesidades de cuidado en una sociedad cada vez más envejecida, y donde cada vez las mujeres están menos disponibles para cubrir estas necesidades de cuidado por los cambios de roles de género y por su incorporación en el mercado de trabajo formal, obligó a aprobar ciertas normas que dieran una solución a estas necesidades de cuidados.

<sup>27</sup> Fuente: IQ 2016 (<http://iqobservatori.org/el-permis-de-maternitat-en-mans-de-les-dones/>)

<sup>28</sup> Artículo 48.4 y 48.5 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

<sup>29</sup> Fuente: Estadísticas Seguridad Social, 2016.

A pesar de este diagnóstico, el desarrollo de medidas de la ley fue muy tímido. La crisis económica obstaculizó la asunción pública de las demandas de cuidado de la sociedad, y de algunas de las medidas incluidas, como el apoyo económico a los cuidadores familiares. Lo único que se hizo fue perpetuar la división sexual del trabajo y el rol de cuidadores que las mujeres ya tenían en el seno de las familias.



# CONCLUSIONES

## Salud

El derecho a la protección de la salud debería incluir, más allá de la mera ausencia de enfermedades, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos que están íntimamente relacionados con el derecho a la vida, a la integridad física y moral, así como al libre desarrollo de la personalidad.

No solo es necesaria la garantía legal de estos derechos, sino también el desarrollo de políticas públicas que hagan efectiva su realización para alcanzar las obligaciones incluidas en la Plataforma de Acción de Beijing en materia de derechos sexuales y reproductivos (punto 96) y a la Carta Europea de derechos Fundamentales (derecho a la vida, derecho a la integridad física y psicológica, derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, derechos del menor y protección de la salud).

## Economía de los cuidados

Las necesidades de cuidados que tenemos todas las personas como seres dependientes a lo largo de nuestras vidas (infancia, enfermedad, vejez, etc.) no pueden ser cubiertas en una organización de los tiempos de trabajo y personales que presumen la división sexual del trabajo y el papel de cuidadoras de las mujeres.

La asunción colectiva de las responsabilidades de cuidados y su organización social son imprescindibles por cuestiones de justicia social, y también para garantizar, una vez más, el derecho a la vida, la dignidad humana, la igualdad entre mujeres y hombres, el derecho a la protección de la salud y la no discriminación que se garantizan en normas internacionales, europeas, estatales y catalanas.

Por eso, será imprescindible el desarrollo de políticas públicas que provoquen cambios sociales para que los cuidados dejen de ser un problema individual de las personas y pasen a ser una responsabilidad colectiva.

## Violencias

Las violencias machistas, en sus variadas manifestaciones, vulneran los derechos sexuales de forma directa, al atacar con formas de violencias sexuales en las mujeres, o de forma indirecta, mediante otras formas de violencia machista que limitan el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos.

El marco jurídico estatal, aunque ha sufrido importantes modificaciones durante las últimas décadas, todavía muestra rasgos regresivos, tal como demuestran ejemplos como el hecho de poner la prueba de la violencia o la intimidación como elemento clave de las agresiones sexuales, y no simplemente la falta de consentimiento.

Se puede afirmar que las políticas estatales carecen de un marco legislativo para la prevención, atención, recuperación y reparación de las mujeres en situaciones de violencias sexuales o violencias contra sus derechos reproductivos. Únicamente las medidas penales constituyen un marco sancionador para estas conductas.

La Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar las violencias machistas ha marcado una meta en el reconocimiento del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, y aborda claramente la protección hacia la violencia de los derechos sexuales y reproductivos.

## Laicidad

Vivimos en un modelo de organización política aconfesional, donde, por una parte, se garantiza la libertad religiosa de las personas individuales como uno de los derechos fundamentales, y, por la otra parte, se reconocen y establecen acuerdos de colaboración especiales con las principales confesiones religiosas presentes en nuestra sociedad.

En el caso de los derechos sexuales y reproductivos, y entre ellos, el acceso a la interrupción voluntaria de embarazo, el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios puede suponer un obstáculo entre el derecho a la libertad, al libre

desarrollo de la personalidad, al derecho a la vida y a la integridad física y moral de las mujeres, y el ejercicio de esta objeción de conciencia.

Por ello, este derecho a la objeción de conciencia debería regularse más allá de la interpretación jurisprudencial de un derecho a la libertad religiosa y un derecho a la libertad ideológica, para establecer la resolución ante potenciales conflictos de este derecho con otros derechos fundamentales.

### **Discurso de odio**

Uno de los principales ataques que reciben los derechos sexuales y reproductivos proviene de los llamados discursos de odio, así como de las prácticas de LGTBI-fobia. Los discursos de odio se pueden sancionar penalmente aplicando el agravante de género como motivo de discriminación en los casos vinculados a las vulneraciones por la condición de identidad sexual de la víctima o de opción afectiva sexual.

A pesar de la Ley catalana 11/2014, con artículos todavía por desarrollar, es necesario diseñar e implementar políticas públicas contra los discursos de odio y LGTBI-fobia. En Catalunya, los delitos de odio y discriminación aumentan año tras año, así como las denuncias por discriminación basadas en la orientación sexual y la identidad de género.

Los discursos de odio contra las mujeres y personas LGTBI en las redes sociales son una nueva forma de discriminación y vulneración de sus derechos y afectan también los derechos sexuales y reproductivos.





# BIBLIOGRAFÍA

- ACAI (2018). *Percepciones de las mujeres que interrumpen su embarazo frente al hostigamiento de los grupos anti derechos/anti elección en las puertas de los centros acreditados para la IVE*. Disponible en: <https://www.acaive.com/estudio-percepciones-de-las-mujeres-que-interrumpen-su-embarazo-frente-al-hostigamiento-de-los-grupos-anti-derechos-anti-eleccion-en-las-puertas-de-los-centros-acreditados-para-la-ive-octubre-2018/publicaciones/>
- Asamblea General de les Naciones Unides (2015). *Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice. Mission to Spain*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: <http://www.refworld.org/docid/5800dd4a4.html>
- Center For Reproductive Rights (2006). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*.
- Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals (2016). *Recomenació General nº 22 sobre el dret a la salut sexual i reproductiva*.
- Comitè per l'Eliminació de la Discriminació contra la dona (CEDAW) (1992). *Recomanació General nº 12*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
- Comitè 1er de desembre: Vulneracions al Dret a l'accés a la Sanitat. Disponible en: <https://www.comite1desembre.org/index.php/vulneracions-al-dret-dacces-a-la-sanitat/>
- Creación Positiva (2010): *Informe EPU Creación Positiva 2010*, presentado en las Naciones Unidas (Ginebra).
- Creación Positiva, CooperAcció, Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears (2016). *L'educació afectiva i sexual: un dret, una prioritat*, Folí Verd, Barcelona. Disponible en: <http://lassociacio.org/wp-content/uploads/2018/02/Educaci%C3%B3-Afectiva-i-Sexual.-Un-dret-una-prioritat.pdf>
- Enquesta *European Union Agency for Fundamental Rights* (2016). *Resumen de conclusiones*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vawsurvey-at-a-glance-oct14\\_es.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vawsurvey-at-a-glance-oct14_es.pdf)
- Fiscalía Provincial de Barcelona (2016). *Memoria año 2015*, Fiscalía Provincial de Barcelona. Servicio de Odio y Discriminación.
- FIVCAT.NET (2015). *Estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya (2014)*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/987>
- Generalitat de Catalunya (2010). *Enquesta de violència masclista a Catalunya. Resultats destacats. Desembre, 2010*. [Consultado 28, febrero, 2018]. Disponible en: [http://interior.gencat.cat/web/.content/home/010\\_el\\_departament/publicacions/seguretat/estudis\\_i\\_enquestes/enquesta\\_de\\_violencia\\_masclista/Presentacio-RESULTATS\\_EVMC.pdf](http://interior.gencat.cat/web/.content/home/010_el_departament/publicacions/seguretat/estudis_i_enquestes/enquesta_de_violencia_masclista/Presentacio-RESULTATS_EVMC.pdf)
- Generalitat de Catalunya (2015). *Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats*, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya (2018). *Informe de Salut de Catalunya 2017*, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya (2018). *La interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya, 2017*, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Generalitat de Catalunya (2016). *Pla de Salut 2016-2020*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/Pla\\_salut/pla\\_salut\\_2016\\_2020/Documents/Pla\\_salut\\_Catalunya\\_2016\\_2020.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf)
- Generalitat de Catalunya (2016). *Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS (2016-2020)*, Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

- Generalitat de Catalunya (2017). *Pla d'actuació de polítiques de joventut de la Generalitat de Catalunya 2017-2020 (PAPJ)*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT\\_documents/arxiu/pla\\_nacional\\_de\\_joventut\\_de\\_catalunya/Pla-dactuacio-de-Politiques-de-Joventut-2017-2020.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT_documents/arxiu/pla_nacional_de_joventut_de_catalunya/Pla-dactuacio-de-Politiques-de-Joventut-2017-2020.pdf)
- Generalitat de Catalunya (2018). *Enquesta de violència masclista a Catalunya*. Disponible en: [http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_ambits/violencia\\_masclista/estadistiques/Presentacio\\_EVMC\\_23072018.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/violencia_masclista/estadistiques/Presentacio_EVMC_23072018.pdf)
- González, Juana María (2017). "Los derechos sexuales y reproductivos como categoría jurídica internacional revisable", *Revista de Derecho Público*, nº 38, pp. 1-29.
- Grup de Recerca Antígona (2015). *Marc jurídic internacional, estatal i autonòmic de les violències sexuals (matrimonis forçats, mutilacions genitals femenines, tràfic d'éssers humans amb finalitat d'explotació sexual, assetjament i agressions sexuals)*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_ambits/docs/vm\\_abordatge\\_violencies-sexuals\\_2.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/vm_abordatge_violencies-sexuals_2.pdf)
- Grup Antígona (2016). *Diagnosi de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral per a les dones en situació de violència masclista*, Institut Català de les dones. [Consultado 30, diciembre, 2019] Disponible en: [http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre\\_documentacio/publicacions/informes\\_estudis\\_avaluacions/](http://dones.gencat.cat/ca/ambits/centre_documentacio/publicacions/informes_estudis_avaluacions/)
- Igareda, Noelia (2012). "Las mujeres como objeto y no como sujeto de las técnicas de reproducción humana asistida". En Boladeras, Margarita (ed.) (2012): *Bioética, género y diversidad cultural*, Cánoves i Samoles: Proteus, pp. 447-490.
- Igareda, Noelia (2012). "Las madresposas en el sistema de protección social español", *Aequilitas, Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, nº 30, Enero-Junio 2012, pp. 48-53.
- Igareda, Noelia (2012). *De la protección de la maternidad a una legislación sobre el cuidado*, Saarbrücken: Editorial académica española.
- Igareda, Noelia (2011). "El derecho al cuidado en el Estado social de Derecho", *Anuario de Filosofía del Derecho*, nº 28, 2011, pp. 185-206.
- Igareda, Noelia (2011). "El hipotético derecho a la reproducción", *Cuadernos electrónicos de Filosofía del derecho*, nº 23, Junio 2011. Disponible en: <http://ojs.uv.es/index.php/CEFD>
- Igareda Noelia (2010). "El concepto socio-jurídico de maternidad y paternidad" en Heim, Daniela y Bodelón, Encarna (2010): *Derecho. Género e Igualdad. Cambios en las estructuras jurídicas androcéntricas*, Volumen I, Barcelona: Grupo Antígona UAB.
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2018). Segons les dades de l'informe 2017, Garantir el Dret a l'Avortament per a les més joves és una prioritat. Disponible en: <http://lassociacio.org/wp-content/uploads/2018/07/NP-Garantir-el-dret-a-lavortament-per-a-les-m%C3%A9s-joves-%C3%A9s-una-prioritat.pdf>
- La Vanguardia (2013). *Les retallades porten a la dissolució de la coordinadora LGTB de Catalunya*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20131217/54398316150/los-recortes-llevan-a-la-disolucion-de-la-coordinadora-lgtb-de-cataluna.html>
- López, Sílvia; Peterson, Elin y Platero, Lucas (2014). "Políticas públicas", en Lois, Marta y Alonso, Alba (coords.) (2014): *Ciencia política con perspectiva de género*, pp. 161-188.
- Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

- Navarro, Carmen (2017). *Estudi sobre l'execució de la pena de presó que incideix en un aspecte de gran dimensió social com és l'execució penal femenina. El capítol II aprofundeix en el perfil de la dona privada de llibertat a Catalunya i en el difícil exercici de la maternitat i en les relacions amb els fills de les dones empresonades*. Bellaterra: Càtedra UAB-CICAC "Observatori social i econòmic de la justícia".
- Observatori contra l'Homofòbia (2017). *L'Estat de la qüestió de la LGTBI-fòbia a Catalunya 2017*. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1T\\_Grytljy7l1ihtlSCaaiBhiqj4awYfK/view](https://drive.google.com/file/d/1T_Grytljy7l1ihtlSCaaiBhiqj4awYfK/view)
- Pla de salut afectiva i sexual (PSAS) (2013). Promoció i prevenció en la infància i l'adolescència, amb especial èmfasi en la població vulnerable. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1277/pla\\_salut\\_afectiva\\_sexual\\_2013.pdf?sequence=1](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1277/pla_salut_afectiva_sexual_2013.pdf?sequence=1)
- Plataforma CEDAW (2014). *Informe Ombra 2008-2013. Sobre la aplicació en Espanya de la convenció para la eliminació de toda forma discriminación contra las mujeres (CEDAW) 61.ª sesión del comité CEDAW - Naciones Unidas*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/InformeSombra\\_Actualizado\\_23Sep\\_2014.pdf](http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/InformeSombra_Actualizado_23Sep_2014.pdf)
- Plataforma CEDAW (2015). *Observacions finals de CEDAW i recomanacions a l'Estat espanyol*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: <https://cedawsombraesp.wordpress.com/2015/11/11/observaciones-finales-de-cedaw-y-recomendaciones-al-estado-espanol/>
- Plataforma CEDAW (2017). *Informe ombra de seguiment de la CEDAW*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/2337182-Informe\\_Seguimiento\\_CEDAW.pdf](http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/2337182-Informe_Seguimiento_CEDAW.pdf)
- Queralt, Jaher y Seleme, Hugo (2018). "La Agenda para el Desarrollo y los Derechos Humanos: instrumentos complementarios", *Anuario de Filosofía del Derecho*, pp. 403-422.
- Rebecca Cook (1993). "Women's International Human Rights Law: The Way Forward", 15 *Human Rights Quarterly* 230, pp. 231-248.
- Serra, Laia (2018). "La violencias de género en línea", *Pikara Magazine*.
- Síndic de Greuges (2017). *Dos anys de vigència de la llei 11/2014 pels drets lgtbi: les actuacions del síndic març 2017*. Síndic de Greuges. Disponible en: [http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4347/Informe%20LGTBI\\_catala\\_def.pdf](http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4347/Informe%20LGTBI_catala_def.pdf)
- Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. (2015). *Informe epidemiològic CEEISCAT*. [Consultado 20, septiembre, 2018]. Disponible en: [http://www.cceis-cat.cat/documents/sives2015\\_CAT.pdf](http://www.cceis-cat.cat/documents/sives2015_CAT.pdf)
- UNESCOCAT (2017): *Educació per als Objectius de Desenvolupament Sostenible. Objectius d'aprenentatge*, Centre UNESCO de Catalunya.
- UNESCO (2010): Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. [Consultado 20, septiembre, 2018] Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/unesco/resources/onlinematerials/publications/unesdoc-database/>

**NORMATIVA**

## NORMATIVA INTERNACIONAL

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Pekín.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Naciones Unidas (1999). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*.
- Consejo de Europa (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia hacia las mujeres*.
- Naciones Unidas (2015). *Pacto Mundial de los 17 objetivos para el desarrollo sostenible (ODS)*.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Recomendación General nº 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (apartado 44).
- LOI nº 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

## NORMATIVA CATALANA

- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, de 2 de febrero de 2001, núm. 29, pp. 4121 a 4125.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Catalunya. Boletín Oficial del Estado, 20 de julio de 2006, núm. 172, pp. 27269 a 27310.
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, de 2 de mayo de 2008, núm. 5123.
- Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública. Boletín Oficial del Estado, de 16 de noviembre de 2009, núm. 276, pp. 97,186 a 97,234.
- Instrucción 3/2009, relativa a la separación interior y a las peculiaridades del régimen de vida de las personas transexuales en los centros y unidades penitenciarias de Catalunya.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, de 2 de junio de 2010, núm. 5641.
- Protocolo de protección de las víctimas de tráfico de seres humanos en Catalunya, de 17 de octubre de 2013.
- Ley 11/2014 para garantizar los derechos LGBTI y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, de 17 de octubre de 2014, núm. 6730.
- Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, de 23 de julio de 2015, núm. 6919.

## NORMATIVA ESTATAL

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281, pp. 33987 a 34058.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 2004, núm. 313, pp. 42166 a 42.197.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Boletín Oficial del Estado, 27 de mayo de 2006, núm. 126, pp. 19947 a 19956.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Boletín Oficial del Estado, 23 de marzo de 2007, núm. 71, pp. 12611 a 12645.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín Oficial del Estado, 4 de marzo de 2010, núm. 55, pp. 21001 a 21014.
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejora de la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para Apoyar la Protección de las Menores y Mujeres con Capacidad Modificada Judicialmente en la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Boletín Oficial del Estado, de 22 de septiembre de 2015, núm. 227.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo de 2015, núm. 77, pp. 27061 a 27 176.
- *Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.* Boletín Oficial del Estado, de 4 de agosto de 2018, núm. 188, pp. 78.281 a 78.288.





## AGENDA 2030 FEMINISTA

La **Agenda 2030 Feminista** es un programa de acción liderado por las entidades **Creación Positiva** y **L'Associació Drets Sexuals i Reproductius**, que trabajan en defensa de los **Derechos Sexuales y Reproductivos** como centro de la defensa de los **Derechos Humanos de las Mujeres**. Cuenta con la financiación y apoyo de la **Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD)**.

El programa quiere contribuir a la garantía real de los derechos sexuales y reproductivos y que estos derechos humanos de las mujeres, incluidos en la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, marquen las políticas públicas de manera transversal a través del proceso de implementación de la misma agenda, tanto a nivel local como global.

La **Agenda 2030 Feminista** quiere ser un espacio de encuentro de entidades, grupos, redes y movimientos sociales que compartimos la defensa de los **Derechos Sexuales y Reproductivos**, de los **Derechos Humanos de las Mujeres** y del **feminismo** como prioridad dentro de nuestras agendas de acción e incidencia cotidiana para que la **Agenda 2030** incorpore una perspectiva feminista y de derechos humanos para la garantía de los **Derechos Humanos de las Mujeres** y de los **Derechos Sexuales y Reproductivos**.



[www.agenda2030feminista.org](http://www.agenda2030feminista.org)

[info@agenda2030feminista.org](mailto:info@agenda2030feminista.org)

   @2030feminista