

La mala educación sexual en España



OBSERVATORIO
Bloom

Un proyecto liderado por Bloom.



ÍNDICE

1. La educación sexual en España: un reto pendiente	2
<i>¿Cómo lo hacemos?</i>	3
2. Situación de la educación sexual en España: obligatoria, pero no mucho	4
<i>Verdadero o falso: ¿Forma parte la educación sexual del currículo educativo?</i>	4
<i>¿En qué se está avanzando ahora?</i>	6
2.1. Programas, campañas y recursos de educación sexual	6
2.1. (Des)conocimientos en el terreno sexual	10
<i>Las mujeres vamos antes</i>	10
<i>Suspense en educación sexual</i>	10
<i>Todas merecemos una educación sexual: el sesgo de la heteronormatividad</i>	14
<i>Aprender con el porno: sobre consentimiento y deseo</i>	15
<i>No basta con un 'sí': consentir vs desear</i>	16
3. Causas y consecuencias: prácticas de riesgo, ITS y embarazos no deseados	17
3.1. Las causas	18
<i>Prácticas de riesgo: ¿“Irresponsabilidad” o desconocimiento?</i>	18
<i>Ranking de anticonceptivos más conocidos y usados</i>	19
3.2. Las consecuencias	21
<i>El aumento desenfrenado de las ITS en mujeres</i>	21
<i>Sobre embarazos no deseados</i>	23
<i>¿Existen dificultades para acceder al aborto en España?</i>	25
4. Recomendaciones-conclusiones y retos pendientes	27
i. Garantizar la educación sexual integral en el currículo educativo de los centros docentes.	27
ii. Revisión participativa que incluya las necesidades de la población diana	27
iii. Enfoque de género en la sensibilización: la importancia de educar en sociedad	27
iv. Campañas y asesoramiento sobre educación sexual que incluyan y se dirijan a mujeres.	28
v. Acciones y recursos para afianzar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la sanidad pública, incluyendo la IVE.	28

1. La educación sexual en España: un reto pendiente

La **educación sexual en España está en el punto de mira** desde que sabemos que las **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) están creciendo explosivamente**: en el caso de las mujeres, **más de un 1.073%** en los últimos diez años, tal y como contábamos en nuestro anterior [informe](#) sobre salud sexual e ITS en España. Esto teniendo en cuenta que la forma en la que nos relacionamos sexualmente ha cambiado y mucho: **ahora empezamos a tener sexo antes (sobre todo las mujeres) y lo tenemos con más personas.**

Pero, ¿qué clase de sexo tenemos? ¿cómo lo tenemos? ¿realmente sabemos todo lo que hay que saber para practicar sexo seguro? ¿Cómo y dónde hemos aprendido lo que hasta ahora conocemos? En mitad de todos estos interrogantes también cabe preguntarse **qué se entiende por educación sexual** y cómo esta se materializa en el imaginario colectivo.

Nos referimos a **educación sexual** cuando hablamos de todos esos conocimientos y herramientas cuya adquisición es condición previa para ejercer nuestra autonomía a la hora de tomar decisiones informadas.¹ Así es: educación sexual es saber cómo funciona nuestro cuerpo y qué hábitos son beneficiosos para nuestra salud, pero también es **identificar emocionalmente lo que deseamos**, lo que los demás nos hacen sentir y cómo queremos o no queremos relacionarnos con ellos.

En definitiva, **la sexualidad es mucho más que sexo**: también aborda otras cuestiones fundamentales como las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción o la orientación sexual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Alberga una

¹ UNFPA (2021). Comprehensive sexuality education: <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education#readmore-expand>

parte que incluye el cuerpo, otra que incluye nuestra mente, y otra que tiene que ver con la cultura y la educación.²

Adquirir las nociones necesarias en materia de educación sexual no solo es un deber inherente a cualquier ser humano, sino que **es un derecho**. Sin embargo, no es ofrecido de forma integral ni universal, tal y como se [propone](#) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y otros instrumentos internacionales. Esto acarrea **multitud de consecuencias y ninguna es positiva**. Podemos mencionar desde la expansión de prácticas de riesgo hasta todas aquellas dinámicas violentas que trascienden de una sensibilización inexistente respecto al sexo, un terreno que no deja de reproducir las desigualdades presentes en la sociedad.

Pero, **¿cómo es la educación sexual en España?** ¿es obligatoria? ¿obligatoria como lo son las fracciones, los tiempos verbales o los *phrasal verbs*? Como todo lo que tiene que ver con salud sexual, la respuesta es “sí, pero...”. De hecho, **más del 70% de mujeres califican su educación sexual de regular a muy mala**, de acuerdo con la última macroencuesta lanzada por Bloom e iOSondea. Es por eso que en esta **segunda investigación del Observatorio Bloom de Salud Femenina** ponemos el foco en una de las causas directas o indirectas del aumento de las ITS: la falta de educación sexual.

¿Cómo lo hacemos?

A través de una **consulta nacional** en colaboración con las comunidades autónomas, recabamos los diferentes programas y campañas de educación sexual (2012-2022), así como las cifras de inicio de relaciones sexuales y las relativas a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2015-2020). De esta forma, profundizaremos en la situación de la educación sexual en España, en un análisis actualizado que tiene en cuenta las perspectivas de futuro con la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Además, llevamos a cabo una encuesta sobre hábitos sexuales en España (mayo 2022) junto a iOSondea, en la que han participado 2.2021 mujeres de entre 18 y 65 años de toda España, lo que nos permite aproximarnos a sus percepciones sobre el estado de su educación y su salud sexual. También hemos realizado consultas a expertos, así como entrevistas complementarias a personas de diferentes edades, territorios y orientaciones sexuales para recabar sus reflexiones y experiencias.

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Ginebra: 2002.

De esta forma pretendemos aportar conclusiones, reflexiones, *rankings*, estudios de caso territoriales y, en general, información actualizada a un debate necesario y unas prácticas aún más necesarias. Todo poniendo el foco en la **dimensión afectivo-sexual** de las relaciones, desde la **perspectiva de género que requiere**. Porque aún queda mucho por hacer por nuestra salud sexual, pero, sin duda, la educación nos acerca a ello.

2. Situación de la educación sexual en España: obligatoria, pero no mucho

Verdadero o falso: ¿Forma parte la educación sexual del currículo educativo?

Desde la [ley educativa de 2006](#), la educación afectivo-sexual se recoge como un objetivo general en las diferentes etapas educativas. A pesar de las consecutivas reformas en esta materia, el [régimen](#) más reciente (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, también apodada LOMLOE), mantiene **la educación afectivo-sexual como principio pedagógico del sistema educativo español** (art.1. I), incluye el deber de fomentar “de manera transversal” la educación afectivo-sexual en la educación primaria (art. 24.5) y secundaria (art 25.6)., así como la obligación de consolidar una madurez afectivo sexual en Bachillerato (art.33.b).

Las competencias para adaptar las reformas a nivel territorial residen en las comunidades autónomas y algunas aún no han modificado su normativa educativa, aunque, en términos generales, la principal complejidad para garantizar la educación sexual en las diferentes etapas es la **falta de concreción normativa**. De esta forma, nos encontramos con que, aunque la mayoría de comunidades autónomas han reformado y actualizado sus currículos, **no todas especifican en qué áreas, materias o períodos se realizarán acciones orientadas a la educación sexual**. En este tipo de casos, esta se incluye exclusivamente como principio pedagógico.

Figura 1: Estado de la educación sexual en España según currículo educativo a 26 de septiembre de 2022.³

Currículo por CCAA (a 26 de				

³ En verde, los instrumentos normativos que recogen la educación-afectivo sexual en las áreas curriculares, en gris los instrumentos que recogen la educación afectivo-sexual como objetivo o principio, pero no especifican su inclusión en un área curricular concreta y en rojo, los instrumentos que no incluyen la educación afectivo-sexual.

septiembre de 2022)				
CCAA	Infantil	Primaria	ESO	Bachillerato
Andalucía	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Aragón	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Asturias, Principado de	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Baleares	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Canarias	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Cantabria	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Castilla - La Mancha	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Castilla y León	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Cataluña	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
C. Valenciana	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Extremadura	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Galicia	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Madrid	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Murcia	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Navarra	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
País Vasco	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
La Rioja	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Ceuta	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>
Melilla	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>	<u>Sí</u>

En este sentido, cabe destacar una tendencia general desde el inicio de la implantación de la educación sexo-afectiva en los centros docentes: la **externalización de la misma**. De acuerdo con la información remitida por las comunidades autónomas y las organizaciones especializadas consultadas a lo largo de la investigación, las consejerías de educación promocionan recursos y programas externos a los que los centros educativos pueden decidir adscribirse o no, pero no forman parte de los mismos.

De esta forma, se identifica un **patrón general de los programas y talleres de educación sexual** en las escuelas respecto a derivar la misma a **la participación de agentes terceros ajenos a la comunidad educativa** (ONGs, consultoras, asociaciones, etc),⁴⁵ con iniciativas únicamente enfocadas a una parte del alumnado (generalmente durante la educación secundaria), algo que, según las expertas, puede **obstaculizar su carácter integral y holístico**. “Nadie puede quitarnos la responsabilidad pública de educar integralmente, incluyendo la educación afectivo-sexual. No se puede intervenir solo con el alumnado y menos agentes externos que llegan con paracaídas. Quien hace el proceso de acompañamiento educativo es el docente y hay que formarle con todas las herramientas”, indican desde el Colectivo Harimaguada (Canarias), una entidad de expertas en la promoción de la educación sexual.

¿En qué se está avanzando ahora?

Si bien es cierto que desde la Secretaría del **Ministerio de Educación confirman a Bloom que no ha realizado ninguna campaña de educación sexual**, también se indica que continúan trabajando en la estrategia [Escuelas Promotoras de Salud](#), un proyecto que pretende ser un marco de actuación para los centros educativos a la hora de enseñar sobre temas que competen a la salud del alumnado, incluyendo la educación sexual.

Además, la última [reforma](#) dispuesta en la **Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo**, aún pendiente de ratificación, pretende garantizar el derecho a la educación afectivo-sexual en todos los niveles educativos, incluyendo la información sobre anticonceptivos, la prevención de las ITS y la salud menstrual, así como el abordaje de las prácticas violentas en este ámbito. A este respecto, el Instituto de las Mujeres ha publicado recientemente un [informe](#) sobre la sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español.

2.1. Programas, campañas y recursos de educación sexual

A través de una consulta nacional dirigida a todas las comunidades autónomas y a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, Bloom ha identificado la puesta en marcha de al menos **48 programas públicos de educación sexual** integrados en los ámbitos educativo y

⁴ Creación Positiva, CooperAcció y APFCIB (2016): La educación afectiva y sexual: un derecho, una prioridad <https://lassociacio.org/wp-content/uploads/2018/02/La-Educaci%C3%B3-Afectiva-y-Sexual.-Un-derecho-una-prioridad.pdf>

⁵ Julia Eliana (2015). EDUCACIÓN SEXUAL PREVENTIVA EN ADOLESCENTES, UNED. http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Jealvarado/ALVARADO_THIMEOS_Julia_Eliana_Tesis.pdf

sanitario desde 2022 a la actualidad, siendo **Aragón (7)**, **Extremadura (5)** y **Galicia (6)** las comunidades que más iniciativas registran desde el año 2012 hasta el presente.⁶ Aquellas comunidades autónomas con menos iniciativas registradas son Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Murcia, Navarra y País Vasco, con solo un programa vinculado a la educación afectivo-sexual desde 2012.

Figura 2: Conteo de programas de educación sexual en España por CCAA (2012-2022)

CCAA	Programas activos en 2012-presente	%
Andalucía	3	6,25%
Aragón	7	14,58%
Asturias	3	6,25%
Baleares	3	6,25%
Canarias	2	4,17%
Cantabria	1	2,08%
Castilla y León	2	4,17%
Castilla-La Mancha	1	2,08%
Cataluña	2	4,17%
Comunidad de Madrid	3	6,25%
Comunidad Valenciana	1	2,08%
Extremadura	5	10,42%
Galicia	6	12,50%
La Rioja	4	8,33%
Melilla	2	4,17%
Murcia	1	2,08%
Navarra	1	2,08%
País Vasco	1	2,08%

⁶ La recabación de información con respecto a los programas de educación sexual puede variar conforme a la colaboración de las administraciones territoriales. Se remitieron peticiones de información del 2 al 8 de agosto tanto a las Consejerías de Sanidad como a las Consejerías de Educación de todos los territorios autonómicos y autonómicos, con un ratio de respuesta del 63%. Todas las administraciones respondieron a excepción de Cantabria, Castilla-La Mancha, Asturias, Ceuta y Melilla. Respecto a la Comunidad de Madrid y Murcia, el estado de la solicitud fue tramitada con demora y prorrogada, por lo que no se obtuvo antes de la redacción de este informe.

Total	48	100,00%
-------	----	---------

Cabe destacar que un número inferior de iniciativas no implica que los ámbitos de acción o la efectividad de las propuestas haya sido menor. Por ejemplo, Cataluña incluye en sus dos iniciativas relacionadas con la educación afectivo-sexual, un plan de acción integral multinivel a través del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), que incluye medidas previstas desde la orientación y planificación familiar, la atención a jóvenes, la atención materno-infantil hasta el diagnóstico y tratamiento de ITS y la prevención y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de mama.

Además, se han llevado a cabo **al menos 259 estrategias de comunicación sobre educación sexual durante los últimos 10 años (2012-2022)**. La mayoría de las mismas se han ejecutado en Madrid (25,1%), Cataluña (21%) y Comunidad Valenciana (9,9%). Respecto a los temas que recogen, el 96,36% se centran en la prevención y sensibilización sobre ITS. En este sentido, al menos el 93,52% de las estrategias se focalizan en la prevención del VIH/SIDA.

Con relación al público objetivo, cabe destacar que la mayor parte de estas campañas se dirigen al **público general (70,54%)**. De las resultantes, un grupo mayoritario se centra en el colectivo LGBT+ (15,5%) y el 5,43% se orienta a las personas jóvenes y adolescentes. Cabe señalar que **sólo un 1,10% de las estrategias se enfocan a mujeres**.

Figura 3: Distribución territorial de campañas de sensibilización sobre educación sexual en España.

CCAA	Programas activos en 2012-presente	%
Estatal	13	5,02%
Andalucía	11	4,25%
Aragón	8	3,09%
Asturias	7	2,70%
Cantabria	2	0,77%
Castilla La Mancha	0	0,00%
Castilla y León	7	2,70%

Cataluña	54	20,85%
Ceuta	0	0,00%
Comunidad Valenciana	23	8,88%
Extremadura	10	3,86%
Galicia	11	4,25%
Islas Baleares	5	1,93%
Islas Canarias	14	5,41%
La Rioja	1	0,39%
Madrid	65	25,10%
Melilla	1	0,39%
Murcia	2	0,77%
Navarra	7	2,70%
País Vasco	18	6,95%
Total	259	100,00%

Además de los programas de educación sexual en los ámbitos sanitario y educativo, también cabe destacar la existencia de un amplio **tejido de recursos asistenciales**. Se trata de servicios especializados que ofrecen atención en salud sexual en una amplia variedad de casos: desde centros de detección de ITS, pasando por asesorías individualizadas y atención psicológica, hasta guías para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Bloom ha recabado un directorio de **163 recursos en todo el territorio nacional**. Al menos el **61,59% de los mismos son de dominio público**, en su mayoría centros y servicios de la infraestructura sanitaria nacional (centros sanitarios, asistencia en casos de violencia sexual, guías informativas...), **mientras que el 30,46% de los recursos son ofrecidos por entidades colaboradoras del tercer sector**, enfocadas sobre todo al asesoramiento en salud sexual y detección de ITS. Cabe destacar que únicamente el 24,83% de estos recursos están orientados y **especializados exclusivamente en salud sexual y reproductiva femenina**, siendo en el 65% de los casos recursos relacionados con IVE.

2.1. (Des)conocimientos en el terreno sexual

Las mujeres vamos antes

En la actualidad, **16 años es la edad media de inicio de las relaciones sexuales** en España y al menos el 35,1% de la población entre 15 y 18 años habría mantenido ya relaciones sexuales coitales. Un porcentaje que va desde el 20% entre los 15 y 16 años y el 48,3% entre los 17 y 18 años.⁷

Si además desagregamos por género, **las chicas comienzan a tener relaciones coitales antes**: a la edad de **15 años**, si bien las cifras comienzan a aumentar notablemente desde los 14 años (21%), también por encima de aquellas registradas para los chicos.⁸ Según los estudios más recientes en esta materia, la **edad de inicio en las relaciones sexuales se ha adelantado** a través de los años: en el caso de las mujeres que en la actualidad tienen entre 45 y 49 años, esta se ubica en torno a los 19,83 años.⁹

Suspense en educación sexual

¿Y cómo de preparadas estamos las mujeres a la hora de tener relaciones? La investigación llevada a cabo por Bloom e IOsondea, nos permite obtener datos concretos sobre el alcance de la educación sexual respecto a las mujeres y personas no binarias.¹⁰ Por ejemplo, sabemos que **el 70,26% de las encuestadas califican su educación sexual como regular (41,17%) o muy mala (29,09%)**, frente al 29,74% que piensan que ha sido muy buena. A esto se suma que **el 79,32% no recuerda ni una sola campaña de educación sexual** ejecutada en los últimos años.

⁷ Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020. Recuperado de:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ConductaSexual.pdf

⁸ Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020. Recuperado de:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ConductaSexual.pdf

⁹ Sociedad Española de Contracepción (2020). Encuesta de Anticoncepción en España 2020: Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. Recuperado de:

http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf

¹⁰ El estudio contó con la participación de 2.021 mujeres y personas no binarias y se llevó a cabo en mayo de 2022.

Si seguimos poniendo la lupa podremos aproximarnos a aquellos **perfiles que cuentan con una mejor percepción de su educación sexual**: mujeres heterosexuales (29,54%), con pareja, situadas entre los 25 y 30 años de edad y con una situación socioeconómica favorable (más de 3.000 euros de ingresos mensuales), pertenecientes a los municipios más urbanizados (más de 200.000 habitantes). En concreto, los territorios donde se ha señalado una mejor percepción de la educación sexual, son **Aragón, Asturias, Cantabria y Castilla y León**.

Figura 4: Mapa con los territorios donde existe una mejor percepción de la educación sexual. Fuente: Estudio Bloom-SONDEA (2022).¹¹

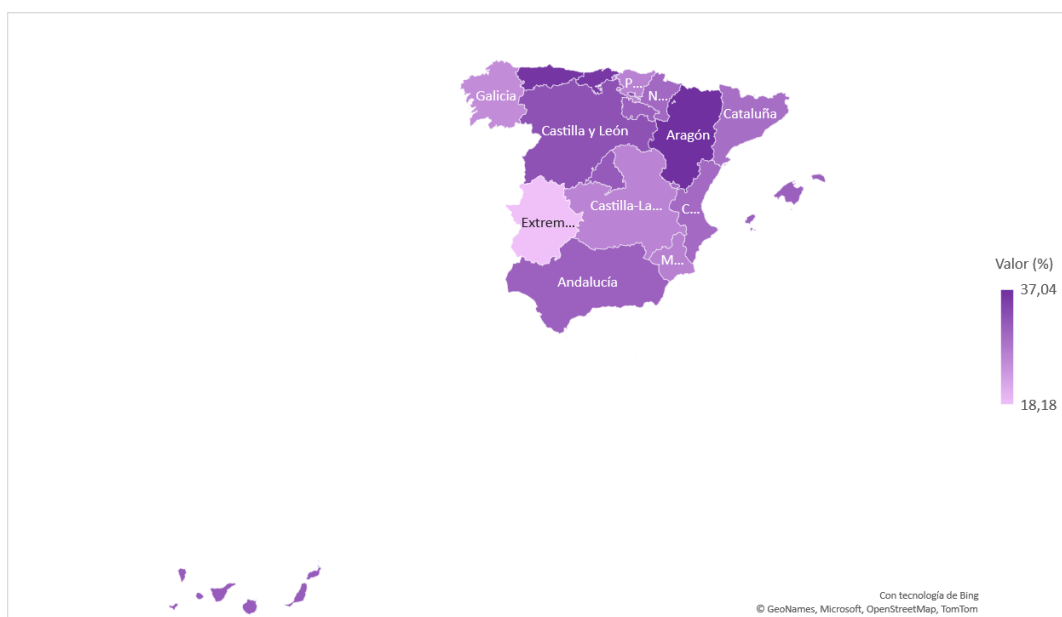


Figura 5: Ranking donde existe una mejor percepción de la educación sexual. Fuente: Estudio Bloom-SONDEA (2022).¹²

Muy buena	
Territorio	Conteo (%)
Aragón	37,04
Asturias	36,36

¹¹ Este gráfico recopila aquellos territorios donde las encuestadas califican su educación sexual como “muy buena”.

¹² Este gráfico recopila aquellos territorios donde las encuestadas califican su educación sexual como “muy buena”.

Cantabria	36,00
C. León	32,63
Madrid	31,56
Canarias	31,31
Baleares	30,77
Rioja	30,77
Andalucía	30,56
Navarra	29,63
C. Valenciana	29,44
Cataluña	28,88
Murcia	26,56
País Vasco	26,37
C. La Mancha	26,19
Galicia	25
Extremadura	18,18

Este estudio también ha evidenciado aquellos sectores donde existe una mayor necesidad de esfuerzos encaminados a **mejorar el estado de la educación sexual**. De todas las participantes que han calificado su educación sexual entre muy mala y regular, la mayoría son **mujeres trans** (33,33%) **homosexuales** (34,44%) y **bisexuales** (34,19%), solteras y que residen en municipios urbanos más pequeños (50.000 a 200.000 habitantes). La mayor parte se ubican en **Extremadura, País Vasco, Galicia y Murcia**.

“La educación sexual que recibí fue en la escuela y de manera muy básica, cishetero y apenas centrada en lo que en las relaciones sexuales puede surgir como dudas sobre prácticas, relaciones entre personas del mismo sexo o género, salud sexual más allá de ponerse un condón... en general mi educación sexual fue pésima”.

-Alejandra, mujer lesbiana no binaria, 26 años (Asturias)

La educación sexual es **más deficitaria entre los sectores más jóvenes** de la sociedad, según indica el 34,23% encuestadas entre 18 y 24 años. Una carencia que también se vincula a una **situación socioeconómica desfavorable**: el grupo mayoritario de personas que consideran insuficiente su educación sexual se identifican como **“clase baja”** (41,82%) y **tienen unos ingresos domésticos inferiores a los 1.800 euros mensuales**.

¿Y dónde reciben educación sexual las encuestadas? La **escuela se erige como la principal vía** de recepción a la hora de recibir información básica sobre la educación sexual, (como por ejemplo, las ITS) en el 38,2% de los casos, a pesar de no existir por el momento un **currículo obligatorio y homogéneo en la misma**, seguido, con distancia, de Internet (27,16%).

Figura 6: Vías de acceso a información sobre ITS. Fuente: Estudio Bloom-Sondea (2022)

Vía de información	Conteo (%)
Por la escuela	38,2
Por internet	27,16
Por amigas/os	26,62
Por artículos especializados	19,35
Por un profesional sanitario	18,65
Referente materno o madre	13,06
Referente paterno o padre	5,64
Por mi pareja	4,95
Por una hermana/hermano	3,66
Por otros familiares	3,46
A través de otro medio	13,95
Nadie me ha hablado nunca de esto	2,87

Las **amistades** también representan una de las vías de información más utilizadas, ubicándose en el tercer puesto (26,62%), **por encima de los referentes parentales, si bien casi el doble acude a su referente maternos** (13,06%) que a su referente paterno (5,64%).

“Mi educación sexual fue prácticamente nula, mi primer contacto fue hablar con las amigas, las películas, internet... En el instituto recuerdo un par de sesiones de educación sexual sobre cómo usar preservativos, algunas enfermedades sexuales y poco más... Con mis padres jamás he hablado del tema.”

- Sara, mujer bisexual, 35 años, Madrid

Todas merecemos una educación sexual: el sesgo de la heteronormatividad

La educación también está atravesada por una **concepción heteronormativa de la sexualidad**, de acuerdo con la ONG Adhara (Sevilla), por lo que la **orientación sexual** juega un papel importante en la práctica a la hora de recibir información sobre educación y salud en este ámbito. Por ejemplo, las **personas homosexuales (30,36%) y bisexuales (47,5%) recurren más a Internet** para informarse sobre ITS que las personas heterosexuales (25,77%). Otras vías mayormente utilizadas por parte de estos sectores poblacionales son la pareja y otros familiares distintos a los padres.

“Empecé a indagar sobre salud sexual principalmente a través de Internet. Solía buscar información sobre mi anatomía, mi ciclo menstrual, enfermedades e infecciones de Transmisión Sexual, orgasmo, posturas sexuales, sexo entre mujeres. Recurrentemente me masturbaba y esa era otra forma de conectar con mi sexualidad. También, aunque fueron contadas, se realizaron talleres de educación sexual en mi instituto a partir de 3º ESO y en una ocasión visitamos un Centro de planificación familiar”.

-María, mujer lesbiana, 24 años, Barcelona

En este sentido, cabe señalar que las **personas trans y no binarias** se informan **más habitualmente por Internet y menos a través de redes oficiales o cercanas**. Mientras que el 18,95 % de las mujeres cisgénero acude a un profesional sanitario para informarse, apenas el 4,76% de las mujeres trans elige esta misma vía. Además, estas últimas recurren a sus amigas y amigos un 17,57% menos (únicamente en el 9,52% de casos) que las personas cis y las personas no binarias (estas últimas, un 12,2 % menos). La mayoría de las encuestadas que dicen nunca haber sido informadas respecto a la educación sexual son personas heterosexuales (3,09%) y mujeres trans (4,76%).

“Existe la creencia de que cuando hablamos de este tema, consiste en enseñarles a los niños cosas que están mal. Se nos olvida que siempre nos han dado educación sexual, mala y sin ninguna base, pero educación sexual”, señalan desde la ONG Adhara. “Es cierto que hemos avanzado un poco, sin embargo, el contenido que se trata cuando hablamos de estos temas, sigue **siendo bastante heteronormativo y coitocentrista** y en muchas ocasiones desde el miedo, de forma que se le sigue dando **poco espacio a la diversidad**. El mayor reto que aún está pendiente es abordar la educación sexual sin miedos y prejuicio, visibilizando la diversidad real”.

La heteronormatividad afecta a la socialización del conocimiento en muchas direcciones, también determinando **qué debemos conocer y qué no**, tal y como explica Irene A. Zicallo, de la ONG Stop. “En los grupos de hombres gais, lesbianas y bisexuales los riesgos son más conocidos por todo el estigma que ha habido desde la pandemia del SIDA, pero lo que es la juventud heterosexual cisgénero...quizá ni conocen la historia. Para ellos es normal no saber la diferencia entre VIH y SIDA y eso que ahora mismo el sector de población más afectado por el VIH son los hombres jóvenes heterosexuales”, señala. “También en el caso de las mujeres se tiende a pensar que con píldoras anticonceptivas no te pasa nada por la heteronorma que existe. Eso es algo que no se enseña en las escuelas”.

“En el ámbito doméstico, recibí mi educación sexual en una familia progresista pero heteronormativa, nunca hubo hostilidad explícita hacia el colectivo LGTB, más bien ausencia de referentes. Fui a un colegio público de barrio, en el que salí del armario muy pronto, y donde la mayor discriminación que me encontré fueron los cuatro de siempre haciendo bromas de Amador Rivas. En cuanto a mi indagación ha sido inequívocamente online, donde he podido experimentar lo agri dulce de la hiperconexión: la diversidad e infinidad de posibilidades y microcomunidades y la hipersexualización sin filtro ni límite disponible a unos pocos clics.”

-Guillermo Guzmán, género no binario, 22 años, Madrid

Aprender con el porno: sobre consentimiento y deseo

Como se ha mencionado anteriormente, resulta importante destacar que **Internet es la segunda vía de acceso principal para la educación sexual de las mujeres** en España. Un amplio portal al que acceder a muchos tipos de información, aunque no siempre a la más adecuada. En este sentido, el informe sobre [Desinformación sexual: pornografía y adolescencia](#) de Save The Children (2020) arroja datos reveladores sobre la **incidencia de la pornografía en las etapas más tempranas del desarrollo madurativo afectivo-sexual.**

De los 1.753 adolescentes entre 13 y 17 años que participaron en el estudio, **el 62,5% afirmaba haber visto pornografía alguna vez en su vida** (87,5% de los chicos y 38,9% de las chicas). La media de edad a la que acceden los jóvenes por primera vez a pornografía son los 12 años y la vía principal de acceso al primer contacto es su grupo de iguales (51,2%), seguido de la búsqueda activa (28,5%).

La investigación también arroja otros datos preocupantes: **el 30% la pornografía representa la única fuente de información sobre sexo para los jóvenes.** Asimismo, **el 54,1% de las**

personas encuestadas, sobre todo **chicos**, cree que la pornografía ofrece ideas que adaptar en sus propias experiencias sexuales y al 54,9% le gustaría ponerlas en práctica. De hecho, **el 47,4% de los adolescentes que ha visto contenido pornográfico ha llevado alguna escena a la práctica.**

Save The Children destaca el hecho de que, cuando los jóvenes intentan imitar lo que ven, preocupa que no siempre soliciten el consentimiento previo a su pareja: **el 12,2% de los chicos lo ha hecho sin el consentimiento explícito de la pareja** y sin que a esta le haya parecido bien. Cabe destacar que la pornografía no solo es la base de las relaciones heterosexuales: en el estudio, los jóvenes **tenían impresiones diferentes sobre la pornografía en base a su identidad** (por ejemplo: los jóvenes homosexuales y bisexuales se identificaban menos con las dinámicas de poder presentes en el porno que los heterosexuales), por lo que este tipo de contenido determina de diversas formas el imaginario presente en diferentes realidades sexuales.

“Lo amargo de indagar en tu sexualidad en Internet es el paso casi obligatorio de cualquier mariquita joven con WiFi: googlear tests sobre mi sexualidad y descubrir que a principios de los 2000 casi cualquier concepto con la palabra ‘gay’ detrás, te exponía a pornografía explícita para la que tu cerebro no está preparado a los nueve años”.

-Guillermo Guzmán, género no binario, 22 años, Madrid

En este sentido, el Consejo General de Psicología de España [certifica](#) que, aunque la **pornografía ofrece una visión falsa y distorsionada de la sexualidad**, generalizando también la vulneración del consentimiento, **la mitad de los adolescentes la validan como fuente de aprendizaje**. Por ello, la necesidad de desarrollar herramientas didácticas que redireccionen los imaginarios colectivos en torno al sexo como un escenario **de relaciones afectivas igualitarias y pactadas** es aún más urgente.

No basta con un ‘sí’: consentir vs desear

Resulta procedente detenerse en una diferenciación importante entre el concepto de **consentimiento**, como el acto de aceptación pasiva, **y deseo**, como el impulso proactivo de ser partícipe activo de la relación sexual. Bajo estas concepciones, algunas de las personas entrevistadas señalan que **la educación sexual no debe estructurarse únicamente a través del consentimiento**, si no también alrededor del deseo expreso.

“No solo es necesario el consentimiento, si no también el deseo. Enseñar que consentir sin desear ya sea por presión, por inseguridad, miedo, es nocivo. Lo digo porque siempre se hace

hincapié en el concepto del consentimiento, que está muy bien, pero se nos olvida que el acto de consentir, decir sí, a veces está viciado por diversos motivos y por eso es tan importante el concepto de deseo. También creo que es importante enseñar que el porno no es una fuente de la que educarse, que crea expectativas imposibles e imaginarios peligrosos, y también por supuesto enseñar que unx tiene que conocerse a sí mismx sexualmente para tener una relación sana con el sexo”.

-Antía, mujer bisexual, 22 años, Galicia

3. Causas y consecuencias: prácticas de riesgo, ITS y embarazos no deseados

La **educación sexual** se ha convertido en el único medio para establecer **relaciones sexo-afectivas sanas y seguras**, constituyendo la mejor medida de prevención a posibles riesgos en el terreno sexual, como las propias ITS y los embarazos no deseados, pero también para **prevenir posibles casos de abuso sexual y cualquier tipo de violencia y vulneración del consentimiento propio y ajeno**.¹³ Esto cobra una mayor importancia si además tenemos en cuenta el **crecimiento generalizado de prácticas de riesgo y el decrecimiento del uso de los métodos de barrera**,¹⁴ sumado al aumento de relaciones sexuales coitales tempranas en la adolescencia.¹⁵

De acuerdo con la UNESCO, una **educación escolar integral y de calidad sobre sexualidad** es clave para transmitir las nociones, valores y competencias que permitan **tomar decisiones con conocimiento de causa**, especialmente en las etapas más tempranas de la juventud. Una mejor formación en este terreno promueve cambios positivos en la población, incluyendo la iniciación más tardía de la vida sexual, el decrecimiento del número de parejas sexuales y la reducción del sexo sin protección, y por tanto, los embarazos no deseados y las ITS.¹⁶ Sin embargo, los datos en la práctica continúan evidenciando las consecuencias de las carencias educativas y convierten la difusión del conocimiento sexo-afectivo en un reto institucional y social.

¹³ Garzón, Anabella. (2016). LA EDUCACIÓN SEXUAL, UNA ASIGNATURA PENDIENTE EN ESPAÑA (Sex education, a pending subject in Spain). Biografía: Estudios sobre la Biología y su enseñanza. 8. 195-203.

¹⁴ <https://bebloomers.com/observatorio-its-mujeres-espana/>

¹⁵ García-Vázquez, José, Quintó, Domech Llorenç; Nascimento, Marcos y Agulló-Tomás, Esteban. Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana. Revista Española de Salud Pública. 2019; Vol. 93: 4 de septiembre.

¹⁶ Organización de las Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Estrategia de la UNESCO para la educación para la Salud y el Bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Paris. 2017.

3.1. Las causas

Prácticas de riesgo: ¿“Irresponsabilidad” o desconocimiento?

Uno de los aspectos clave a la hora de estar informadas en el terreno sexual es la **percepción del riesgo** y las decisiones que tomamos o no tomamos en función de la misma. El caso más claro es respecto a la **utilización de métodos de prevención** en las relaciones sexuales.

Y es que el **uso de anticonceptivos** (de barrera y orales) también se ve afectado en la práctica por múltiples variables, en las que también entran en juego factores como la **edad o el número de parejas sexuales**. Por ejemplo, las personas que tienen **entre los 18 y 44 años tienen un mayor uso de los métodos anticonceptivos** (más del 95% los usan) con respecto a aquellas personas situadas entre los 45 y 65 años. La utilización de los mismos también es ligeramente **mayor entre las personas que tienen más de una pareja sexual** (96,05 % los usan). Aquí la sensibilización, por supuesto, también es determinante: **las personas que señalan tener una educación sexual deficiente los utilizan menos** y al menos un 6,54% dicen no haber utilizado nunca un método anticonceptivo.

Si bien es cierto que el 94,51% de las encuestadas por Bloom afirman haber utilizado al menos un método de prevención, su uso depende mucho de las prácticas sexuales llevadas a cabo. En este sentido, la mayoría declaran **no usar nunca un método anticonceptivo en aquellas relaciones que no impliquen penetración vaginal**, incluyendo la **penetración anal** (76,25%), el **sexo oral activo** (80,55%) y **pasivo** (82,22%), así como la **masturbación activa** (83,33%) y **pasiva** (84,56%). Respecto a aquellas relaciones con penetración vaginal, el 68,53% indican utilizar anticonceptivos en alguna ocasión y el 31,47% aseguran que nunca.

Figura 7: Utilización de métodos de prevención según práctica sexual. Fuente: Estudio Bloom-Sondea (2022)

	Alguna vez	Nunca
Penetración vaginal	68,53	31,47
Penetración anal	23,75	76,25
Para dar sexo oral	19,45	80,55
Masturbar a mi(s) pareja(s)	16,67	83,33
Para recibir sexo oral	15,78	84,22
Recibir masturbación de mi(s) pareja(s)	15,44	84,56

Unos datos que son preocupantes teniendo en cuenta que **las ITS se transmiten a través de todo tipo de prácticas sin protección que incluyan sexo vaginal, anal y oral**. Respecto a la masturbación mutua, cabe tener en cuenta que el riesgo existe siempre que la infección se transmita, por ejemplo, a través del **contacto piel con piel** (en el caso, por ejemplo, del sífilis, el VPH y el herpes genital) o el **intercambio de fluidos** en puertas de entrada de la vagina, el pene o el ano (como en el caso de la gonorrea, la clamidia o el VIH, esta última únicamente en casos en los que la infección sea detectable).¹⁷

Sin embargo, también cabe destacar que **estas prácticas de riesgo no se deben únicamente al desconocimiento**, pues la mayor parte de encuestadas afirma saber que el riesgo de contagio de una ITS es muy probable en aquellas prácticas donde no se usen métodos de prevención, incluyendo la penetración sin preservativo (85,06%) y el sexo oral sin protección (75,06%). También existen diversos detonantes propios de las **dinámicas recreativas del sexo** y que también pueden dar lugar a prácticas de riesgo, como el uso de alcohol y drogas. Por ejemplo, casi el **30% de las encuestadas cuenta que relaja el uso del preservativo cuando bebe** y al menos el **10,89% habría practicado chemsex**.

Otras razones que también se contemplan a la hora de valorar la **importancia de la educación sexual es la vulneración del consentimiento**, donde estas prácticas se enmarcan en situaciones de violencia sexual. Resulta alarmante que al menos del 34,83% de entrevistadas señalan que han sido presionadas para no usar el preservativo y el 14,14% indican que su pareja se lo habría quitado sin su consentimiento. En esta línea, otro dato impactante es que **una media del 26% de entrevistadas no recuerda con quién ha contraído una ITS**. Una cifra que crece exponencialmente si hablamos de Hepatitis C (42,86%), clamidia (36,07%), sífilis (34,38%), linfogranuloma venéreo (33,33%), gonorrea (31,71%) y VIH (30%).

Ranking de anticonceptivos más conocidos y usados

Teniendo en cuenta que la utilización de anticonceptivos está determinada por el contexto y la práctica realizada, cabe indagar en **cuáles son los más comúnmente utilizados**. Por un lado, sabemos que estos son especialmente usados durante la penetración vaginal, por lo que no debería sorprender el dato de que **los métodos de prevención más conocidos son el condón masculino (97,97%) y femenino (75,31%)**. En línea con la ausencia de

¹⁷ ONG Stop SIDA (2019). Masturbación mutua: riesgos y maneras de reducirlo. Recuperado de: <https://masmorbomenosriesgo.es/2019/02/28/masturbacion-mutua-riesgos/>

prevención en las prácticas orales y anales, cabe señalar que **la mayor parte de personas desconocía la existencia de barreras bucales (77,93%) y preservativos anales (79,56%).**

Figura 8: Ranking de anticonceptivos por porcentaje de uso habitual. Fuente: Estudio Bloom-Sondea (2022).¹⁸

Preservativo	49,63
Pastillas anticonceptivas	22,61
Marcha atrás o similares	9,5
DIU	7,47
Vasectomía	5,39
Ligadura de trompas	3,27
Anillo vaginal	3,12
Implante anticonceptivo	1,09
Diafragma	0,89
Parches anticonceptivos	0,69
Inyección	0,2
Barrera bucal o dam	0,1
Esponja	0,05

En esta línea, el **preservativo es el anticonceptivo más utilizado**: al menos el 49,63% de encuestadas lo señalan como su método de prevención más usado. Con distancia, las **pastillas anticonceptivas** se encuentran en segundo puesto (las más utilizadas por el 22,61%), si bien únicamente previenen de los embarazos no deseados y no de las ITS. Llama la atención que el **tercer medio de protección más utilizado sea la marcha atrás (9,5%)**. Respecto a los anticonceptivos de barrera como las **barreras bucales, su uso es totalmente minoritario**: solo el 0,3% los han usado alguna vez y únicamente el 0,05% lo usan habitualmente, a pesar de constituir el método más eficaz para evitar contagios en el sexo oral y en el sexo sin penetración (*petting*).

¹⁸ Este gráfico recopila aquellos territorios donde las encuestadas califican su educación sexual como “muy buena”.

En este aspecto también entra en juego el nivel de formación y sensibilización: el **uso del preservativo es un 5% mayor entre las personas con una mejor educación sexual**, mientras que el de las pastillas anticonceptivas es un 1,17% mayor en el caso de las personas menos informadas. En ambos casos la marcha atrás es el tercer método más utilizado, con apenas diferencias significantes, pero aquellas personas con una educación más deficitaria lo utilizan un 0,37% más).

3.2. Las consecuencias

El aumento desenfundado de las ITS en mujeres

Los [registros obtenidos](#) por el Observatorio de Bloom **certifican un crecimiento expansivo de las ITS en España**, especialmente en mujeres: un 156% solamente entre 2016 y 2019, con un repunte de casos de clamidia, sífilis y gonorrea.¹⁹

Figura 9: Ranking de casos registrados por Comunidad Autónoma (2019). Fuente: Observatorio de Bloom-Sondea (2022).

Etiquetas de fila	Total casos
Cataluña	9.093
Madrid	1.748
C. Valenciana	1.375
Andalucía	881
Galicia	406
Islas Canarias	221
Islas Baleares	149
Castilla y León	134
Navarra	62
Extremadura	59
Asturias	56
La Rioja	44
Total general	14.228

¹⁹ <https://bebloomers.com/observatorio-its-mujeres-espana/>

Los **territorios donde se ha registrado un mayor número de datos recientes de ITS** están vinculados a las comunidades autónomas con una mayor densidad de población. Precisamente las que más casos recientes de ITS han detectado, **Cataluña, Andalucía, Canarias y Galicia**, son las áreas donde, también cuentan con un mayor número de información desagregada a nivel provincial, y permiten evidenciar la correlación de diagnósticos con las zonas más pobladas, urbanizadas y turisticada ([ver apartado: 2.3. Estudios de caso Andalucía, Cataluña, Galicia y Canarias](#)).

Figura 10: Ranking de casos de ITS por territorio (2019). Fuente: Estudio Bloom-Sondea (2022).

Territorio	Suma de casos
Cataluña	9.093
Barcelona	7.584
Girona	809
Tarragona	493
Lleida	207
Andalucía	881
Sevilla	416
Málaga	155
Cádiz	106
Granada	102
Almería	38
Córdoba	27
Huelva	22
Jaén	15
Galicia	406
A Coruña	213
Pontevedra	156
Lugo	28
Ourense	9
Canarias	221
Las Palmas	117

Si bien existe un mayor número de encuestadas que recurre a los métodos anticonceptivos para **prevenir embarazos como principal motivo** (33,45%) que aquellas que lo hacen para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (22,66%). ¿Qué conocimiento general existe respecto a las ITS? Un **35,58% de las encuestadas indica estar poco o nada informada** de las mismas y el 13,46% de ellas no podría indicar el nombre de ninguna. Las ITS más mencionadas son el VIH (63,53%) y la gonorrea (45,52%), con mucha distancia de infecciones con un impacto importante en la población femenina como el VPH (21,77%).

“Todavía queda eso de que ‘como es nuestro cuerpo y las consecuencias son para nosotras’, **hay un interés mayor en hacer llegar la prevención de los embarazos**, sobre todo a las mujeres.” explica Laura Cámara, matrona y sexóloga. “Evidentemente, tenemos que luchar por la corresponsabilidad total en un embarazo y en las ITS realmente implica a todas las personas, pero la educación sexual no está libre de estereotipos, porque, por ejemplo: en el VIH las mujeres reciben mucha menos información y no debería ser así. O en el VPH los hombres hasta hace bien poco quedaban fuera”, señala.

Sobre embarazos no deseados

La única aproximación que podemos hacer a la realidad de los embarazos no deseados es a través de los registros nacionales y autonómicos de **IVEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo)**, siempre teniendo en cuenta que resulta imposible estimar el impacto de los embarazos no deseados llevados a término. La última cifra notificada en España es de 2020, en plena pandemia, cuando se registraron 88.269 IVEs, una cifra que supone un descenso del 11% con respecto al año anterior.

Figura 11: Cifras de IVEs en España por año (2015-2020). Fuente: Ministerio de Sanidad (2022)

Año	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Centros notificadores de I.V.E.	207	211	211	212	201	200
Total I.V.E.	88 269	99 149	95 917	94 123	93 131	94 188
Tasa por 1.000 mujeres	10	12	11	11	10	10

Tabla: Bloom • Fuente: Ministerio de Sanidad • Creado con Datawrapper

Respecto a la edad, la mayor parte de IVEs se llevan a cabo en mujeres de entre 20 y 24 años (15,81 por cada 1.000), seguidas de aquellas entre los 25 y 29 años (15,39 de cada 1.000) y aquellas entre los 30 y 34 años (13,43 de cada 1.000). Las jóvenes cuya **edad se ubica entre los 19 años y edades inferiores**, representan una **tasa muy inferior de IVEs**: 7,41 mujeres de cada 1.000 abortaron en 2020.²⁰

Figura 12. Tasa de IVEs por grupo de edad (2020). Fuente: Ministerio de Sanidad (2022)

Edad (en años)

	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
TOTAL I.V.E.	88.269	257	8.407	18.288	19.279	18.569	15.738	7.057	674

Si atendemos a la distribución territorial, tenemos que **Cataluña, Islas Baleares y Asturias son los territorios con mayores tasas medias más elevadas de IVEs** en el período 2011-2020 (13,77; 13,4 y 12,61 cada 1.000 mujeres respectivamente) siendo también mayoritarias en este último año (13,44 cada 1.000 mujeres en el caso de Cataluña, 13,03 cada 1.000 mujeres en el caso de Asturias y 11,87 cada 1.000 mujeres en el caso de Baleares). Sin embargo, resulta complejo explicar por qué se registran más IVEs en unos territorios que en otros, pero un aspecto a tener en cuenta es el número de centros públicos con protocolo de notificación.

²⁰ Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional. Ministerio de Sanidad, 2020.

Y es que la mayor parte de interrupciones del embarazo se realizan en centros privados (84,51%), frente a una minoría que se realiza en centros públicos (15,49%).²¹ En este sentido, cabe destacar que Cataluña y Baleares albergan un número de centros públicos por encima de la media nacional (6 centros por CCAA), siendo 61 en Cataluña y en Baleares.

Sin embargo, la **ausencia de notificación de IVEs en centros públicos en algunas CCAA resulta preocupante**: ni la Comunidad de Madrid, ni Murcia, ni Castilla-La Mancha, ni Ceuta y Melilla habrían registrado ningún caso de IVE en un centro público en 2020. Unas cifras puestas en entredicho después de que [algunas investigaciones](#) demuestren la incompatibilidad entre registros autonómicos y nacionales en el caso de Madrid, pues la segunda fuente sí recogería IVEs realizadas en centros públicos madrileños.²² La cuestión es, ¿podría ocurrir esto en otros territorios? De ser así, no tendríamos una aproximación certera a la realidad del aborto en España, ni siquiera a través de fuentes oficiales.

Con respecto a las **causas**, los registros nacionales apuntan a que la mayor parte de IVEs se realizan a petición de la mujer (90,67%). Un grupo más reducido (9,14%) de los mismos se realizan por causas médicas (riesgos para la salud de la embarazada (5,73%), por riesgo de graves anomalías para el feto (3,10%) o anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (0,31%).

¿Existen dificultades para acceder al aborto en España?

En España **es legal abortar hasta las 14 semanas de gestación** desde la implantación de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, a pesar de ser un derecho reconocido desde hace más de diez años, siguen existiendo barreras a la hora de acceder al mismo, algunas de las mismas intentan ser abordadas por la reforma de la Ley de salud sexual y reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

- **Objeción de conciencia.** La ley del aborto en España recoge actualmente el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario implicado en la prestación de la IVE (art. 19.2, LO/2010), sin que el acceso y la calidad asistencial del mismo puedan resultar menoscabadas, por lo que en caso de no poder realizar el mismo médico el procedimiento, la paciente tendrá que ser derivada a una clínica concertada acreditada.

²¹ Ministerio Sanidad, datos de 2020.

²² Entre los registros autonómicos de la Consejería de Sanidad autonómica y el Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMDDB) del Ministerio de Sanidad.

Es decir, **el derecho al aborto en centros sanitarios públicos hasta ahora no había sido garantizado**. De hecho, y como se ha señalado anteriormente, hay comunidades autónomas cuyas administraciones públicas no han notificado casos de abortos, teniendo también en cuenta que el 84,51% de los mismos en 2020 se ejecutaron en centros privados. Aquí es donde la mencionada reforma propone la creación de un registro de objetores de conciencia y que los servicios públicos garanticen el acceso efectivo al aborto.

- **Inequidad territorial.** Hasta ahora, al no existir una garantía expresa de acceso a la IVE a través de los establecimientos de salud públicos, el derecho al **aborto no está garantizado en todas las provincias**. En estos casos, las mujeres tienen que desplazarse decenas -e incluso cientos- de kilómetros para acceder a clínicas IVE privadas en otras provincias o comunidades autónomas. Una situación que obstaculiza de forma cotidiana el acceso al aborto, sobre todo en los territorios ruralizados, y especialmente durante la pandemia de COVID-19.
- **Presión social.** El acoso a las mujeres que acuden a centros a realizar su IVE ha sido una cuestión señalada desde los inicios de la ley del aborto allá por 1985. El Defensor del Pueblo ya [estableció](#) en 2020 una serie de recomendaciones para garantizar la seguridad de las afectadas, unas garantías que han acabado materializándose en 2022 en la [LO 4/2022](#) que penaliza el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para interrumpir su embarazo.
- **Obstáculos para mujeres migrantes.** Desde el año 2012, la normativa sanitaria vigente (RDL 16/2012 y RDL 7/2018) obstaculiza el acceso de las personas migrantes en situación administrativa irregular a la atención médica en igualdad de condiciones (limitando la misma a la urgencia, parto o embarazo). Esto dificulta e incluso impide a efectos prácticos el acceso al aborto para las mujeres en esta situación. Incluso en caso de estar en situación administrativa regular, la organización Women's Link Worldwide señala que, ante las trabas burocráticas para demostrarlo, se puede superar el plazo que establece la ley para interrumpir el embarazo, destacando también las dificultades respecto a solicitar un aborto en idiomas extranjeros y la falta de traductores en centros médicos.²³

²³ Women's Link Worldwide (2021): Obstáculos para acceder al aborto en España. <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3151/obstaculos-al-aborto-en-espana.pdf>

4. Recomendaciones-conclusiones y retos pendientes

i. Garantizar la educación sexual integral en el currículo educativo de los centros docentes.

La educación sexual en España debe incluirse en todas las etapas educativas de los centros docentes. Sin embargo, esto no ocurre en todos los territorios autonómicos: muchas comunidades autónomas no recogen la educación afectivo-sexual entre sus garantías en algunas de sus etapas (es el caso de Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid y Murcia).

El patrón general detectado a lo largo del territorio español es que son los propios centros docentes los encargados de organizar los talleres y charlas informativas, a menudo ofrecidos por agentes externos, lo que, de acuerdo con las entidades especializadas presentes en la investigación, impide el acceso a una educación sexo-afectiva integral, ofrecida de manera sistémica por los centros y donde el personal educativo pueda realizar un acompañamiento efectivo y continuo.

ii. Revisión participativa que incluya las necesidades de la población diana

Los conocimientos integrados en la educación, así como en la salud sexual y reproductiva no escapan a la heteronormatividad. Por eso, cabe tener en cuenta que a la hora de estructurar programas e iniciativas destinadas a la sensibilización sobre educación sexual es necesario recabar y representar la diversidad sexual y de género presente en la sociedad, con especial atención a las situaciones que viven las mujeres y niñas, con el fin de adaptar las nociones y el abordaje de prácticas y situaciones de riesgo a la vida de cada persona.

iii. Enfoque de género en la sensibilización: la importancia de educar en sociedad

Otra de las carencias detectadas es la falta de programas e iniciativas dirigidos a mujeres en el terreno de la educación y salud sexual. Como se ha evidenciado, la educación afectivo-sexual alberga un enfoque centrado en la prevención del embarazo, que tiende a depositar la responsabilidad contraída en las relaciones sexuales en las mujeres. Se precisan más acciones dirigidas a abordar las necesidades particulares que presentan estas a nivel social y sexual, indagando no

sólo en la generalización de hábitos saludables, sino también una mayor exploración del placer femenino.

Tomar en consideración la sexualización de género en la educación afectiva también implica deconstruir aquellas dinámicas dentro del sexo que promuevan o perpetúen la violencia en las mismas. Es por eso que diversas asociaciones señalan la necesidad de desarrollar y promover unos imaginarios que cuestionen la imagen distorsionada de la pornografía y se fundamenten en el respeto dentro y fuera de las relaciones sexuales.

iv. Campañas y asesoramiento sobre educación sexual que incluyan y se dirijan a mujeres.

Las campañas y programas recabados albergan, en la mayoría de los casos un enfoque amplio y genérico, siendo solamente el 1,10 % de las estrategias de sensibilización las que se dirigen específicamente a mujeres. Además, la mayor parte de las mujeres señalan tener una percepción deficitaria de su educación sexual, aunque sí albergan un mayor conocimiento sobre las ITS (esto teniendo en cuenta que las estrategias vinculadas a la salud sexual sobre ITS superan el 90%).

Es por eso que en este ámbito se precisa un mayor desarrollo de iniciativas destinadas a indagar e informar sobre la educación sexual y reproductiva de las mujeres, así como una mayor definición de los recursos existentes. De esta forma, además de mejorar el acceso a los mismos, también se mejorará su conocimiento y difusión por parte de los grupos poblacionales a quienes se dirijan.

v. Acciones y recursos para afianzar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la sanidad pública, incluyendo la IVE.

Las recientes reformas normativas, aún pendientes de ratificación, apuntan a una mejora notable en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en España para las mujeres, incluyendo la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sin embargo, aún queda por comprobar el funcionamiento práctico de los procedimientos y protocolos que dotarán de efectividad a las mismas en el sistema de salud, sobre todo de aquellas que aborden directamente los principales obstáculos identificados (objeción de conciencia, inequidad territorial y la presión social). El establecimiento de garantías y medidas específicas para aquellas mujeres en situación administrativa irregular que

deseen acceder a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva es aún un reto pendiente.

Puedes consultar toda la información correspondiente al Observatorio Bloom en: bebloggers.com/, y en nuestras redes sociales @bebloggers

Completa tu experiencia consultando nuestra Guía Bloom de Educación Sexual: <https://bebloggers.com/wp-content/uploads/2022/11/GUIA-BLOOM-EDUCACION-SEXUAL-1.pdf>