



MINISTERIO DE IGUALDAD  
MINISTERIO DE SANIDAD

**MEMORIA DEL ANALISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL  
ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY  
ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

## FICHA DEL RESUMEN EJECUTIVO

<b>Ministerio/Órgano proponente.</b>	Ministerio de Igualdad  Ministerios Coproponentes: Ministerio de Sanidad	<b>Fecha</b>	12/05/2022
<b>Título de la norma.</b>	LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.		
<b>Tipo de Memoria.</b>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Abreviada <input type="checkbox"/>		
<b>OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA</b>			
<b>Motivación.</b>	<p>La norma viene justificada por una razón de un interés general de primera magnitud como es la garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.</p> <p>En particular, es necesario garantizar que toda mujer que desee interrumpir su embarazo en los términos de la ley orgánica pueda hacerlo en un centro de titularidad pública, frente a la realidad actual.</p> <p>Asimismo, en coherencia con lo expresado por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018, es imprescindible legitimar, de nuevo, a las adolescentes de 16 y 17 años, así como a las mujeres con discapacidad, para que puedan interrumpir voluntariamente sus embarazos en los mismos términos que cualquier otra mujer, sin requerir del consentimiento de sus tutores legales.</p> <p>Por otro lado, se considera procedente avanzar en contenidos y mecanismos para lograr la garantía plena de los derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio del Estado, por lo que se regulan extremos como la salud menstrual, el abordaje de las ETS o la garantía de acceso a métodos anticonceptivos, entre otros.</p>		

	<p>Por último, la norma viene motivada por la necesidad de reforzar las garantías institucionales de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, así como de dar respuesta a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva como el aborto forzado, la esterilización y anticoncepción forzadas, y a fenómenos cada vez más frecuentes como la gestación por subrogación o sustitución.</p>
<p><b>Objetivos que se persiguen.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo en los centros públicos hospitalarios, así como permitir a las mujeres tomar las decisiones que respectan a su IVE libremente.</li> <li>2. Permitir a las adolescentes de 16 y 17 años, así como a las mujeres con discapacidad, interrumpir voluntariamente su embarazo sin necesidad de consentimiento de sus tutores legales.</li> <li>3. Establecer servicios de asistencia integral especializada y accesible para la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital.</li> <li>4. Reforzar el papel de la Alta Inspección.</li> <li>5. Reconocer la salud menstrual como parte inherente del derecho a la salud.</li> <li>6. Garantizar el acceso universal a la anticoncepción y fomentar el uso corresponsable de la misma</li> <li>7. Fomentar la educación y sensibilización relativas los derechos sexuales y reproductivos.</li> <li>8. Regular un estándar de protección por parte de los poderes públicos y de responsabilidad institucional para evitar intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias.</li> </ol>

<b>Principales alternativas consideradas.</b>	Se consideró la alternativa de realizar una ley de nueva planta, pero, tras las observaciones en sentido contrario recibidas por parte de otros departamentos ministeriales, se ha optado por la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.
<b>Adecuación a los principios de buena regulación.</b>	El presente anteproyecto de ley orgánica se adecua a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
<b>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</b>	
<b>Estructura de la norma.</b>	El proyecto consta de un artículo único, de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo y de una parte final compuesta por nueve disposiciones finales.
<b>Fundamento jurídico y rango normativo.</b>	<p>El anteproyecto desarrolla el contenido del artículo 14 de la Constitución, dando cumplimiento al mandato del artículo 9.2, promoviendo las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas. Además, trae causa del derecho a vida y a la integridad física y moral (artículo 15 de la Constitución) y el derecho libertad, a la seguridad (artículo 17 de la Constitución) y a la intimidad personal y familiar (artículo 18.1 de la Constitución).</p> <p>El rango jurídico de la norma proyectada es el de ley orgánica parcial, esto es, aquella cuyo contenido tiene naturaleza de ley orgánica en algunos de sus preceptos y, por consiguiente, se beneficia de los atributos de ley orgánica, mientras que el resto de aquéllos, a pesar de estar dentro del mismo texto legal, tienen naturaleza de preceptos de ley ordinaria y, a los efectos de su modificación o posible derogación, se rigen por los procedimientos y mayorías de las leyes ordinarias.</p>
<b>Entrada en vigor y vigencia.</b>	El anteproyecto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.
<b>Derogación de normas.</b>	El anteproyecto no deroga ninguna norma.

## ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS.

La norma se dicta al amparo de las competencias exclusivas atribuidas al Estado por los títulos competenciales recogidos en los artículos 149.1.1.<sup>a</sup>, 7.<sup>a</sup>, 15.<sup>a</sup>, 16.<sup>a</sup>, 17.<sup>a</sup> y 18.<sup>a</sup> de la Constitución Española.

## DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.

**Trámite de consulta previa.**

Sí  No

Se ha sustanciado consulta pública previa, en virtud de lo dispuesto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, desde el día 28 de septiembre de 2021 hasta el día 12 de octubre de 2021, ambos inclusive.

**Trámite de audiencia e información pública.**

Sí  No

Se han sustanciado los trámites de audiencia e información pública, de conformidad con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

**Tramitación urgente.**

Sí  No

**Informes recabados.**

Se han recabado los informes señalados en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

## ANÁLISIS DE IMPACTOS

**IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO.**

Efectos sobre la economía en general.

No tiene impacto significativo en la actividad económica.

En relación con la competencia

La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia.

La norma tiene efectos positivos sobre la competencia.

La norma tiene efectos negativos sobre la competencia.

	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	<input type="checkbox"/> La norma supone una reducción de cargas administrativas. <input type="checkbox"/> La norma incorpora nuevas cargas administrativas. <input checked="" type="checkbox"/> La norma no afecta a las cargas administrativas.
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma <input checked="" type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la AGE. <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales	<input checked="" type="checkbox"/> La norma implica un gasto: Cuantificación: 104,4 millones de euros anuales <input type="checkbox"/> La norma implica un ingreso.  Cuantificación estimada: _____ —
<b>IMPACTO DE GÉNERO.</b>	La norma tiene un impacto de género	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Positivo <input checked="" type="checkbox"/>
<b>IMPACTO SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.</b>	La norma tiene un impacto	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Positivo <input checked="" type="checkbox"/>
<b>IMPACTO SOBRE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.</b>	La norma tiene un impacto	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Positivo <input checked="" type="checkbox"/>

<b>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS.</b>	Impacto social general positivo.
<b>EVALUACIÓN EX POST</b>	No se prevé.

## **I. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA.**

### **1. Motivación.**

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijín de 1995 desarrollaron el concepto de salud sexual y reproductiva en clave de derechos. A partir de lo cual, y gracias a la labor de las convenciones y de los Comités de la ONU que los interpretan y vigilan su cumplimiento, se ha adoptado un estándar de protección para los derechos sexuales y reproductivos sobre el que se sustenta esta ley orgánica.

El derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte del derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud física y mental. Más concretamente, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas relaciona la salud sexual y reproductiva de las mujeres con los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de discriminación.

La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su artículo 16, establece el derecho de las mujeres a decidir de manera libre y responsable sobre su maternidad y el derecho a acceder a la información y a la educación que le permita ejercer esos derechos. El Comité que vigila su cumplimiento (Comité CEDAW) señala que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de recursos que han de estar disponibles, ser accesibles física y económicamente, y cumplir todos los estándares de calidad.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, incide sobre la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea, en el marco de la salud de las mujeres, al definir la salud reproductiva y sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias; y al afirmar que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos sin discriminación, coacción ni violencia y a acceder a servicios de salud reproductiva y sexual que respalden dicho derecho y ofrezcan un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción, dado que la sexualidad es una parte integrante de la existencia humana.

A nivel estatal, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo se encuentra íntimamente relacionado con el artículo 14 de la Constitución, dando cumplimiento al mandato del artículo 9.2, promoviendo las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas.



Además, trae causa del derecho a vida y a la integridad física y moral (artículo 15 de la Constitución) y el derecho libertad y a la seguridad (artículo 17 de la Constitución). Sin embargo, el acceso efectivo de las mujeres a estos derechos ha sido históricamente obstaculizado por los roles de género establecidos en la sociedad patriarcal, que sustentan la discriminación de las mujeres y penalizan las expresiones de libertad contrarias al citado marco de roles.

Nuestro país no es una excepción, pues, hasta ocho años después de la instauración de la democracia en España, la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante, IVE) no dejó de ser un delito. No obstante, la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, no permitió a las mujeres decidir sin condiciones sobre su propio cuerpo, sino que se limitó a prever tres supuestos en los que la IVE estaba permitida: en cualquier momento de la gestación si existía un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, en el plazo de 12 semanas en caso de violación y dentro de las 22 semanas si el feto fuese a nacer con “graves taras físicas o psíquicas”. No fue hasta el año 2010 cuando, mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, se hizo verdaderamente efectivo el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo mediante la despenalización del aborto hasta la semana catorce de gestación, hasta la semana 22 si existe grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías en el feto, o en cualquier momento en el caso de que se detecten en el feto anomalías incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable.

Sin embargo, la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, supuso un retroceso en la capacidad de decisión de las mujeres de 16 y 17 años y las mujeres con discapacidad a la hora de decidir sobre sus propios cuerpos, un paso hacia atrás que ha sido criticado por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018. En dicho texto, el Comité alertaba del obstáculo que la reforma de 2015 supone para el acceso al aborto por parte de las adolescentes de 16 y 17 años y de las mujeres con discapacidad al exigir el consentimiento expreso de sus representantes legales. Asimismo, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar “el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener (...) a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”, en igualdad de condiciones que los demás. Esta norma reconoce que la denegación de la capacidad jurídica a las personas

con discapacidad ha hecho que se vean privadas de muchos derechos fundamentales, incluidos los derechos reproductivos.

A la luz de lo expuesto, es claro que las obligaciones contraídas institucionalmente por España, así como las recomendaciones de organismos internacionales, obligan a actualizar la normativa en materia de salud sexual y reproductiva y de IVE, en aras de proteger los derechos de las mujeres. Pero no solo el citado marco jurídico motiva la actualización de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sino que la situación de las mujeres en España también la demanda. Así lo demuestran los datos: según el Ministerio de Sanidad<sup>1</sup>, en 2020, solo el 15,49% de las interrupciones voluntarias del embarazo se realizaron en centros públicos, entre hospitalarios y extrahospitalarios. Por el contrario, más del 84,5% se realizaron en centros privados, habiéndose producido el 78% en centros extrahospitalarios privados. Y lo más llamativo: estas cifras representan la tasa máxima de interrupciones del embarazo realizadas en centros públicos en los últimos 10 años:

Año	Centros públicos			Centros privados		
	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)
2020	15,49	6,28	9,21	84,51	6,47	78,04
2019	14,32	6,20	8,12	85,68	6,66	79,02
2018	13,95	5,88	8,07	86,05	6,53	79,52
2017	12,39	5,05	7,34	87,61	6,58	81,03
2016	11,73	4,48	7,25	88,26	6,45	81,81
2015	11,72	4,67	7,05	88,28	6,86	81,42
2014	10,09	4,62	5,47	89,91	7,84	82,07
2013	8,96	4,22	4,74	91,04	7,62	83,42
2012	7,34	3,67	3,67	92,67	7,00	85,67
2011	2,89	1,86	1,03	96,60	8,15	88,45

Esto provoca que miles de mujeres deban desplazarse cada año para ejercer su derecho. Como, de nuevo, muestran los datos del Ministerio de Sanidad<sup>2</sup>, existen

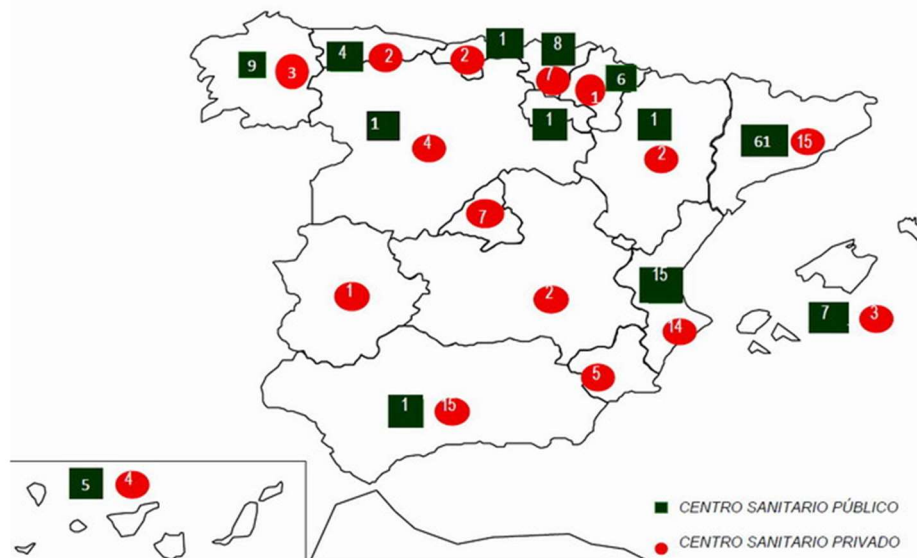
<sup>1</sup> [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)

<sup>2</sup> [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)

varias Comunidades Autónomas en las que, en el año 2020, ningún centro sanitario público notificó ninguna I.V.E:

Figura 2

Distribución de centros que han notificado I.V.E.s, según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España, 2020.



En este sentido, el DESC, en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018 recomendó a nuestro país garantizar en la práctica la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y adolescentes, prestando la debida atención a las disparidades existentes entre las diferentes Comunidades Autónomas. Con este fin proponía a España el establecimiento de un mecanismo apropiado para asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia no fuese un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la IVE.

Por su parte, el Informe a España del Grupo de Expertas de Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica del año 2015 alerta de que la deficiente regulación de la objeción de conciencia constituye un obstáculo para las mujeres cuando ejercen su derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según la jurisprudencia de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, en los casos en que se permite la objeción de conciencia, los Estados siguen teniendo la obligación de velar por que no se limite el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y por que la objeción de conciencia sea una práctica personal, y no institucional.

De todo ello se deduce la necesidad de garantizar la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos hospitalarios, así como permitir a las mujeres tomar las decisiones que respectan a su IVE libremente.

Por otro lado, es urgentemente necesario, para el respeto de los derechos de las mujeres y la no infantilización de las mismas, eliminar el periodo de reflexión de tres días establecido por el artículo 14 b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, así como la entrega del sobre actual que contiene información sobre recursos para ser madre, que solo debería entregarse a la interesada a petición de la misma.

Por lo tanto, en lo que a la IVE respecta, la norma viene motivada por la necesidad de: garantizar el acceso a la IVE en centros de titularidad pública en todo el territorio nacional, eliminar la necesidad de consentimiento de los tutores legales para la práctica de IVE en adolescentes de 16 y 17 años y en mujeres con discapacidad (en coherencia con lo expresado por los citados organismos internacionales), eliminar el periodo de reflexión y la entrega obligatorio de información sobre recursos orientados a la maternidad y la garantía de oferta de los métodos farmacológico y quirúrgico de IVE, de entre los que la mujer podrá elegir libremente, condicionado a su situación clínica.

Pero, más allá de la actualización de la normativa en materia de IVE, esta ley orgánica viene motivada por la necesidad de avanzar en materia de salud sexual, reproductiva y menstrual, como centro neurálgico de la salud de las mujeres. Por ello, no basta con un enfoque que oriente la salud sexual a la gestación, sino que este ha de ampliarse a la sexualidad con perspectiva interseccional y de respeto por las diferentes preferencias sexuales, siempre de acuerdo al principio de igualdad y del consentimiento como centro de la libertad sexual.

En este sentido destaca, entre otras cuestiones, la necesidad de garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, incluidos los de urgencia. El Informe a España del Grupo de Expertas de Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica del año 2015 la dificultad en el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo contraceptivos de emergencia, debido, entre otros, al impacto negativo del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. El DESC también insta a nuestro país a eliminar las disparidades existentes en cuanto a la distribución de contraceptivos de emergencia, tomando las medidas necesarias para asegurar su accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad para todas las mujeres y adolescentes en el Estado.

Por su parte, el Comité CEDAW, en el año 2015, alertaba de que en el Estado se producía un acceso desigual a los métodos anticonceptivos, que “dependía del lugar de residencia, dado que las comunidades autónomas proporcionaban recursos y prestaban servicios para la administración de anticonceptivos y establecen directrices sobre su acceso de conformidad con sus políticas de salud sexual y reproductiva”. Ello producía, en consecuencia y en palabras de la propia CEDAW, “importantes disparidades entre las regiones más prósperas del noreste de España y las regiones del suroeste del país”.

También es necesario poner el foco en la garantía de la salud reproductiva, para lo cual es crucial la prevención, detección e intervención integral para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico. En esta materia, la norma también viene motivada por la necesidad de proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico.

Además, se considera necesaria la inclusión de una incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes.

Por último, la ratificación por parte del España del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011, obliga a nuestro país a abordar formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, como el aborto y la esterilización forzada, incluidas la anticoncepción forzada y la gestación por subrogación.

## **2. Objetivos.**

Los objetivos perseguidos por esta ley orgánica son, pues, los siguientes:

1. Garantizar la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo en los centros públicos hospitalarios, así como permitir a las mujeres tomar las decisiones que respectan a su IVE libremente (como en lo relativo al método elegido o a la eliminación de la obligación de recepción de información sobre recursos de maternidad acompañada de un periodo de reflexión).
2. Permitir a las adolescentes de 16 y 17 años, así como a las mujeres con discapacidad, interrumpir voluntariamente su embarazo sin necesidad de consentimiento de sus tutores legales.
3. Establecer servicios de asistencia integral especializada y accesible para la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital.

4. Reforzar el papel de la Alta Inspección.
5. Reconocer la salud menstrual como parte inherente del derecho a la salud.
6. Garantizar el acceso universal a la anticoncepción y fomentar el uso responsable de la misma
7. Fomentar la educación y sensibilización relativas los derechos sexuales y reproductivos.
8. Regular un estándar de protección por parte de los poderes públicos y de responsabilidad institucional para evitar intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias.

### **3. Análisis de alternativas.**

Se consideró la alternativa de realizar una ley de nueva planta, pero, tras las observaciones en sentido contrario recibidas por parte de otros departamentos ministeriales, se ha optado por la modificación de la ley vigente.

### **4. Adecuación a los principios buena regulación.**

El anteproyecto se adecua a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Dicho precepto dispone que, en el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria, las administraciones públicas actuarán de acuerdo con los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia.

En virtud de los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución. En este sentido, la norma viene justificada por una razón de interés general tan poderosa como es la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, haciendo frente a las lagunas que han emergido doce años después de la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. La norma es proporcionada en tanto no se limitan derechos de terceras personas, resultando ilustrativo el escrupuloso respeto al derecho constitucional a la objeción de

conciencia, sin que ello redunde en una menor protección del derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo.

A fin de garantizar el principio de seguridad jurídica, este anteproyecto de ley orgánica introduce un marco normativo estable, predecible, integrado, claro y de certidumbre, que facilita su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones; todo ello en coherencia con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea, así como con las obligaciones asumidas por nuestro país a nivel internacional, en particular mediante la ratificación del Convenio de Estambul.

En aplicación del principio de transparencia, se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma, como su memoria del análisis de impacto normativo, elaborado de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, y se ha posibilitado que las potenciales personas destinatarias tengan una participación activa en la elaboración de la norma, mediante los trámites de consulta pública previa y de audiencia e información pública.

Por último, en aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas y racionaliza, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos.

## **5. Plan anual normativo.**

Esta ley aparece recogida en el Plan Anual Normativo del año 2022.

## **II.- CONTENIDO.**

La ley consta de un artículo único, de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo y de una parte final compuesta por nueve disposiciones finales.

Se modifica el artículo 1, sobre el objeto de la norma, para darle un enfoque más completo al vincularlo a la obligación de los poderes públicos de aspirar al mayor nivel social posible de salud y educación en relación con la sexualidad y la reproducción, así como con la prevención de violencias contra las mujeres en el ámbito reproductivo.

Se modifica también el artículo 2, ampliando las definiciones e incluyendo conceptos como la salud menstrual o las violencias contra las mujeres en el ámbito reproductivo.

Al modificar el artículo 3 se amplían desde la perspectiva de la garantía de los derechos fundamentales, el enfoque de género y la no discriminación, y se precisa con más detalle el ámbito de aplicación, afirmando en particular que la ley resulta de aplicación a todas las personas que se encuentren en España, independientemente de su nacionalidad, de su situación administrativa de extranjería o de su edad.

Se modifica el artículo 4 para subrayar el acceso en condiciones de igualdad y con un enfoque de equidad territorial a las prestaciones y servicios establecidos en la ley.

Asimismo, se modifica el título I, que pasa a denominarse «Responsabilidad institucional en el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos». El capítulo I, ahora denominado «Políticas públicas para la promoción de la salud sexual y reproductiva», se inicia con el artículo 5, sobre objetivos y garantías generales de actuación de los poderes públicos, que se modifica para ampliarlo, en coherencia con el objeto de la norma. Se añaden los artículos 5 bis a 5 sexies con el objeto de abordar las nuevas medidas relacionadas con la salud menstrual, de entre las que cabe destacar el reconocimiento legal de la posible situación de incapacidad temporal derivada de menstruaciones incapacitantes. Por último, el artículo 6 pasa a hacer referencia al apoyo a las entidades sin ánimo de lucro y sociedad civil.

Se modifica también el capítulo II, que pasa a denominarse «Medidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva». El artículo 7 pasa a referirse exclusivamente a la salud sexual, y se añaden los artículos 7 bis, sobre salud reproductiva, 7 ter, sobre garantía de acceso a la anticoncepción, 7 quáter, sobre corresponsabilidad, y 7 quinquies, sobre anticoncepción de urgencia. Se amplía también el ámbito del artículo 8, sobre formación de profesionales de la salud.

El capítulo III se amplía sustancialmente, pasando a denominarse «Medidas educación y sensibilización relativas los derechos sexuales y reproductivos». El artículo 9 pasa a denominarse «Formación sobre salud sexual y reproductiva en el sistema educativo», y el artículo 10 se refiere ahora al apoyo a la comunidad educativa. Se añaden los artículos 10 bis, sobre prevención de las violencias sexuales en el ámbito educativo, 10 ter, sobre medidas en el ámbito de la educación menstrual, 10 quáter, sobre medidas en el ámbito de la educación no formal, y 10 quinquies, sobre campañas institucionales de prevención e información.

Por su parte, el capítulo VI del título I pasa de referirse exclusivamente a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a hacer referencia, de forma más amplia, a las medidas para la aplicación efectiva de la ley, siendo la primera de ellas dicha Estrategia, que se regula más ampliamente en el artículo 11. Se



añaden los artículos 11 bis, sobre investigación, recopilación y producción de datos, y 11 ter, sobre defensorías del pueblo.

En cuanto al título II, sobre interrupción voluntaria del embarazo, se modifica el artículo 13, sobre requisitos comunes, para matizar que las intervenciones han de realizarse en centro sanitario público o, solo excepcionalmente, en un centro privado acreditado.

Se añade un artículo 13 bis, «edad», que especifica que Las mujeres podrán interrumpir voluntariamente su embarazo a partir de los 16 años, sin necesidad del consentimiento de sus progenitores o, derogando así la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, lo que se completa con la disposición final tercera.

En el artículo 14, sobre interrupción del embarazo durante las primeras 14 semanas de gestación, se eliminan los requisitos de que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y de que haya transcurrido un plazo de reflexión de tres días.

En el mismo sentido, se modifica el artículo 17, sobre información vinculada a la interrupción voluntaria del embarazo, para que, más allá de la información de carácter sanitario vinculada a la interrupción del embarazo, las mujeres solo reciban información adicional, como la derivada sobre ayudas a la maternidad, si así lo requieran, y nunca como requisito para acceder a la prestación del servicio.

Se modifica también el artículo 18, sobre garantía de acceso a la prestación, con la finalidad de instaurar los principios de igualdad y equidad territorial en el acceso a la prestación, estableciéndose que los servicios de salud que no puedan ofrecer dicho procedimiento en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de las usuarias que lo precisen al centro o servicio autorizado para este procedimiento, en las mejores condiciones de proximidad de su domicilio, garantizando la accesibilidad y calidad de la intervención y la seguridad de las usuaria. Asimismo, se añade un artículo 18 bis, sobre medidas para garantizar la información sobre la prestación.

Se modifica el artículo 19 para reforzar el principio de equidad territorial y de prestación del servicio en instalaciones públicas.

Se reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario en el artículo 19 bis, y se regula ex novo el registro de objetores de conciencia en el artículo 19 ter. Cabe destacar que se configura el derecho a la objeción de conciencia como una decisión individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del

embarazo, que debe manifestarse con antelación y por escrito. El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia, para ello los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente, quienes se declaren personas objetoras de conciencia lo serán a los efectos de la práctica directa de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada.

Los artículos 20 y 23 se modifican para adaptarlos a la nueva normativa en materia de protección de datos.

Por último, se añade un título III, «Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos». Está estructurado en tres capítulos. El primero de ellos regula el alcance de la responsabilidad institucional de las Administraciones Públicas a este respecto. El capítulo II se refiere a la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, para lo que se promoverá la adecuada formación del personal de los servicios de ginecología y obstetricia y se contemplará, en la Estrategia de salud sexual y reproductiva, un apartado de prevención, detección e intervención integral para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico. Por último, el capítulo III recoge medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, previendo, en particular, actuaciones frente al aborto forzado y la esterilización y anticoncepción forzada y dirigidas a la prevención de la gestación por subrogación o sustitución.

Se modifica la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, para ahondar en las funciones de la Alta Inspección con el fin de garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta ley. Se modifica también la disposición adicional tercera, sobre dispensación gratuita de anticoncepción, en coherencia con las medidas adoptadas en el articulado. Se establece que se garantizará la financiación con cargo a fondos públicos de los anticonceptivos hormonales, incluidos los métodos reversibles de larga duración, siendo sin aportación por parte de la usuaria, tal y como se establece en la normativa específica, cuando se dispensen en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se garantizará la dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y en los servicios de atención especializada, atendiendo a la organización asistencial de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y entidades gestoras del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, se modifica la disposición final tercera, sobre el carácter orgánico de la norma, para incluir los nuevos preceptos añadidos por esta ley de modificación.

Asimismo, se prevén nueve disposiciones finales. La disposición final primera modifica la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, para incluir como publicidad ilícita que promueva las prácticas comerciales para la gestación por sustitución.

La disposición final segunda modifica texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, para introducir, en coherencia con las modificaciones operadas en el régimen general de Seguridad Social, las situaciones especiales de incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes, por interrupción, voluntaria o no, del embarazo, y por embarazo a partir de la semana trigésimo novena.

La disposición final tercera modifica la Modificación de 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, para eliminar del artículo 9.5 el párrafo que obligaba a las menores de edad y mujeres con discapacidad a recabar el consentimiento expreso de sus representantes legales para proceder a la interrupción voluntaria de su embarazo.

La disposición final cuarta a sexta modifican respectivamente el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo; el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre; y el Reglamento del Mutualismo Judicial, aprobado por Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio.

Como se ha mencionado previamente, la disposición final séptima modifica el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, para reconocer como situaciones especiales de incapacidad temporal por contingencias comunes aquellas en que pueda encontrarse la mujer en caso de menstruación incapacitante, así como la situación posterior a la interrupción del embarazo y el embarazo a partir de la semana trigésimo novena, sea voluntaria o no, mientras esté impedida para el trabajo.

Finalmente, la disposición final octava se refiere al título competencial, y la novena a la entrada en vigor de la norma.

### **III.- ANÁLISIS JURÍDICO.**

#### **1. Fundamento jurídico y rango normativo.**

Esta ley orgánica trae causa de diversos textos internacionales. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijín de 1995 desarrollaron el concepto de salud sexual y reproductiva en clave de derechos. A partir de lo cual, y gracias a la labor de las convenciones y de los Comités de la ONU que los interpretan y vigilan su cumplimiento, se ha adoptado un estándar de protección para los derechos sexuales y reproductivos sobre el que se sustenta esta ley orgánica.

La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su artículo 16, establece el derecho de las mujeres a decidir de manera libre y responsable sobre su maternidad y el derecho a acceder a la información y a la educación que le permita ejercer esos derechos. El Comité que vigila su cumplimiento (Comité CEDAW) señala que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de recursos que han de estar disponibles, ser accesibles física y económicamente, y cumplir todos los estándares de calidad.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, incide sobre la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea, en el marco de la salud de las mujeres, al definir la salud reproductiva y sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias; y al afirmar que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos sin discriminación, coacción ni violencia y a acceder a servicios de salud reproductiva y sexual que respalden dicho derecho y ofrezcan un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción, dado que la sexualidad es una parte integrante de la existencia humana.

Por su parte, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar “el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener (...) a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”, en igualdad de condiciones que los demás. Esta norma reconoce que la denegación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad ha hecho que se vean

privadas de muchos derechos fundamentales, incluidos los derechos reproductivos.

En el marco del ordenamiento jurídico nacional, la norma desarrolla el contenido del artículo 14 de la Constitución, dando cumplimiento al mandato del artículo 9.2, promoviendo las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas. Además, su fundamento alcanza a otros derechos fundamentales cuyo desarrollo directo está constitucionalmente reservado a la ley orgánica, como son el derecho a vida y a la integridad física y moral (artículo 15 de la Constitución), el derecho libertad y a la seguridad (artículo 17 de la Constitución) y el derecho a la intimidad personal y familiar (artículo 18 de la Constitución). La libertad protegida por el artículo 17.1 de la Constitución es la libertad física, y el derecho consagrado en dicho precepto constitucional es el que tiene por objeto garantizarla, de forma que la libertad tiene virtualidad para formar parte del contenido de la reserva de ley orgánica en aquellas concretas manifestaciones a las que la Constitución les confiere la categoría de derechos fundamentales.

La salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo, por tanto, no solo se relacionan con el contenido del derecho fundamental consagrado en el artículo 14 de la Constitución, sino que constituye también una específica modalidad de libertad que se imbrica en el contenido de los derechos contemplados en los artículos 15 y 17 de la Constitución, más allá de formar parte de la libertad general de autodeterminación, proyectada a la esfera de la salud sexual y reproductiva.

Con respecto al rango, el artículo 53 de la Constitución dispone, en relación con los derechos y libertades reconocidos en el capítulo segundo del título I de la Constitución (entre los que se encuentran los de los artículos 14, 15 y 17) que *«solo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades»* y el artículo 81 establece que *«son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas»*.

Es claro que, al afectar el proyecto al desarrollo de derechos fundamentales, no procede la aprobación del conjunto del mismo mediante una ley ordinaria. A este respecto parece de utilidad citar el Dictamen del Consejo de Estado número 405/2015, 13 de mayo de 2015, sobre el anteproyecto de Ley de Seguridad Nacional, en el que se recuerda que tanto el Tribunal Constitucional como el propio Consejo de Estado se han pronunciado en diversas ocasiones acerca de las relaciones entre ambos tipos de leyes, admitiendo la posibilidad de que una ley orgánica regule complementos normativos que quedan fuera del ámbito delimitado por el artículo 81 de la Constitución, aunque en términos estrictos y, en todo caso, especificando el carácter no orgánico de tales preceptos

(Sentencias del Tribunal Constitucional 5/1981 y 76/1983 y Memoria del Consejo de Estado de 1985). Tal conclusión no puede extenderse, en cambio, al supuesto contrario, esto es, aquél en el que una ley ordinaria contiene «incrustaciones» de ley orgánica, por ser ésta una técnica normativa que violenta diversos principios constitucionales y, singularmente, el principio de seguridad jurídica.

En este sentido, el Tribunal Constitucional, en la ya mencionada Sentencia 5/1981, afirma que *«la reserva de Ley orgánica no puede interpretarse de forma tal que cualquier materia ajena a dicha reserva por el hecho de estar incluida en una Ley orgánica haya de gozar definitivamente del efecto de congelación de rango y de la necesidad de una mayoría cualificada para su ulterior modificación (artículo 81.2 de la Constitución), pues tal efecto puede y aun debe ser excluido por la misma Ley Orgánica o por Sentencia del Tribunal Constitucional que declaren cuáles de los preceptos de aquélla no participan de tal naturaleza. (...). Pues bien, cuando se dé el supuesto que acabamos de indicar y, por consiguiente, en una misma Ley orgánica concurren materias estrictas y materias conexas, hay que afirmar que en principio éstas también quedarían sujetas al régimen de congelación de rango señalado en el artículo 81.2 de la Constitución y que así debe ser en defensa de la seguridad jurídica (artículo 9.3 de la Constitución). Pero este régimen puede ser excluido por la propia Ley Orgánica en relación con alguno de sus preceptos, indicando cuáles de ellos contienen sólo materias conexas y pueden ser alterados por una Ley ordinaria de las Cortes Generales o, en su caso, por leyes de las comunidades autónomas»*.

La doctrina relativa a las materias conexas también se ha ido reiterando en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, en las sentencias relativas al enjuiciamiento de la constitucionalidad de la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la educación (Sentencias del Tribunal Constitucional 212, 213 Y 214 de 14 de noviembre de 2012).

No obstante, para que una ley sea orgánica, su núcleo debe afectar a materias reservadas a la ley orgánica (no basta con un precepto de contenido orgánico para que pueda atribuirse a la ley dicho carácter) y sólo puede incluir preceptos que excedan del ámbito estricto de la reserva cuando su contenido desarrolle el núcleo orgánico y siempre que constituyan un complemento necesario para su mejor inteligencia, como la titularidad, las facultades que lo hacen reconocible, la previsión de su ámbito y la fijación de sus límites en relación con otras libertades constitucionalmente protegidas (SSTC 5/1981, de 13 de febrero, y 173/1998, de 23 de julio, entre otras muchas), debiendo en todo caso el legislador concretar los preceptos que tienen tal carácter (Sentencia del Tribunal Constitucional 76/1983).

Al igual que la Ley Orgánica 2/2010, el objeto de esta norma, es decir, la protección de los derechos sexuales y reproductivos, está vinculado a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar, por lo que su núcleo se constituye claramente en desarrollo de un derecho fundamental.

En consecuencia, se plantea como naturaleza jurídica de la norma proyectada lo que viene a denominarse una ley orgánica parcial, esto es, aquella cuyo contenido tiene naturaleza de ley orgánica en algunos de sus preceptos y, por consiguiente, se beneficia de los atributos de ley orgánica, mientras que el resto de aquéllos, no obstante estar dentro del mismo texto legal, tendrían naturaleza de preceptos de ley ordinaria y, a los efectos de su modificación o posible derogación, se regirían por los procedimientos y mayorías de las leyes ordinarias.

En definitiva, el rango orgánico de la norma es adecuado, pues su núcleo es el desarrollo del derecho fundamental a la libertad sexual, dimanante de los artículos 15 y 17 de la Constitución, a través de un conjunto de disposiciones de tutela penal de dicha libertad, complementadas con otras orientadas a la prevención, la atención, la protección y la justicia y reparación dispensada a las mujeres, niñas y niños víctimas de violencias sexuales, así como la coordinación de la acción de todos los actores relevantes, que desarrollan dicho núcleo orgánico y completan el marco jurídico de garantía integral de la libertad sexual.

Así se recoge en la disposición final tercera de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo: los preceptos contenidos en el título preliminar, el título I, el capítulo II del título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

## **2. Congruencia con el ordenamiento jurídico español.**

El anteproyecto es congruente con los artículos 14 y 9.2 de la Constitución, así como con las leyes dictadas a su amparo en materia de igualdad, especialmente la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Constituye también una específica modalidad de libertad que se imbrica en el contenido del derecho contemplado en el artículo 17.1 de la Constitución, más allá de formar parte de la libertad general de autodeterminación, ahora proyectada a la esfera sexual y reproductiva. Y, al mismo tiempo, alcanza transversalmente a otros derechos fundamentales, como el derecho a la integridad física y moral y el derecho a la vida (artículo 15.1), y los derechos reconocidos en los artículos 18.1, 20.1.a), 27.2, 39.1 y 43 de la Constitución.

Asimismo, resulta coherente con las obligaciones asumidas con la ratificación por España del Convenio de Estambul, y con el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, que refleja también dichas obligaciones.

El anteproyecto asegura además la coherencia con otras normas del ordenamiento jurídico procediendo a su modificación mediante las disposiciones finales pertinentes. Es el caso de las siguientes:

- Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.
- Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio.
- 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.
- Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo.
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.
- Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.
- Reglamento del Mutualismo Judicial, aprobado por Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio.
- Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre.
- Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre.
- Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

### **3. Entrada en vigor y vigencia.**

No resulta de aplicación el artículo 23 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, por no imponer la norma obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñen una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de ésta.

Se prevé la entrada en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE. La inmediatez de la entrada en vigor se justifica por la imperiosa necesidad de garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.



#### **4. Derogación de normas.**

El anteproyecto no contempla la derogación de ninguna norma.

#### **IV.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS.**

El anteproyecto se dicta al amparo de las competencias exclusivas atribuidas al Estado por los títulos competenciales recogidos en los artículos 149.1.1.<sup>a</sup>, 7.<sup>a</sup>, 15.<sup>a</sup>, 16.<sup>a</sup>, 17.<sup>a</sup> y 18.<sup>a</sup> de la Constitución Española, en cuanto atribuyen al Estado competencias exclusivas para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales; legislación laboral, sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas; bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos; legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas; y bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios que, en todo caso, garantizarán a los administrados un tratamiento común ante ellas.

#### **V- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.**

##### **1. Consulta pública.**

Se ha sustanciado consulta pública previa, en virtud de lo dispuesto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, desde el día 28 de septiembre de 2021 hasta el día 12 de octubre de 2021, ambos inclusive.

##### **2. Audiencia e información pública.**

##### **3. Informes evacuados.**

**a) Comunidades Autónomas (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre)**

**b) Ministerios, para garantizar el acierto del texto (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre)**

**c) Informe competencial del Ministerio de Política Territorial, de conformidad con el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre**

**d) Aprobación previa del Ministerio de Hacienda y Función Pública**

**e) Otros (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre)**

Agencia Española de Protección de Datos

**f) Oficina de Coordinación y Calidad Normativa (artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre)**

**g) Órganos consultivos**

- Consejo Económico y Social (artículo 7.1.1.1 a) de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social).
- Consejo Fiscal (artículo 14.4 j ) de la Ley 50/1981, de 30 de diciembre, del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal)
- Consejo General del Poder Judicial (artículo 561.1 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial).

**h) Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Secretaría general Técnica del ministerio de Igualdad, de conformidad con el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.**

**i) Dictamen del Consejo de Estado, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, así como con el artículo 26.7 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre**

## **VI.- ANÁLISIS DE IMPACTOS**

**a. Impacto económico.**

Este anteproyecto de ley orgánica no posee un impacto significativo sobre la actividad económica. En ningún momento el contenido del anteproyecto de ley orgánica regula aspectos que supongan la ordenación o control de actividades

económicas, ni tampoco afecta al acceso de los operadores económicos a las actividades económicas ni a su ejercicio.

En consecuencia, no tiene impacto directo sobre la economía en general, más allá del impacto positivo que genera en el sistema toda norma que suponga una mejora en nuestro ordenamiento jurídico, un incremento de la seguridad jurídica y una mayor confianza en las instituciones.

#### **b. Efectos sobre la competencia en el mercado.**

Este anteproyecto de ley orgánica no posee impacto sobre la competencia, la unidad de mercado, ni la competitividad. No introduce elementos que distorsionen el mercado en cuanto que tiene por objeto generar medidas de atención y protección institucional que, por su naturaleza, no son susceptibles de mercantilización.

#### **c. Análisis del impacto sobre las cargas administrativas.**

En cuanto a la medición de las cargas administrativas derivadas de la norma, cabe tener en cuenta que la Guía Metodológica para la elaboración de la Memoria de Análisis de Impacto Normativo define a las cargas administrativas como “aquellas actividades de naturaleza administrativa que deben llevar a cabo las empresas y ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa”. Esta norma no establece ninguna obligación, ni para empresas ni para ciudadanos, de realizar ningún trámite o actividad de naturaleza administrativa, ya que se circunscribe al ámbito interno de la Administración General del Estado y sus organismos públicos.

Por tanto, la norma no establece ningún tipo de carga administrativa para ciudadanos o empresas.

#### **d. Impacto en los Presupuestos Generales del Estado.**

El impacto presupuestario de la normativa para el conjunto de las administraciones públicas ascendería a 104,4 millones de euros anuales.

ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO  
MEMORIA DE IMPACTO PRESUPUESTARIO  
Datos en euros

Medida	Impacto presupuestario anual
a) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos	7.535.324
b) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica con atención sanitaria especializada	7.834.800
c) Consolidación de servicios de asistencia integral especializada y accesible, incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, dotados de equipos interdisciplinares que tendrán como objetivos principales la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital	0
d) Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de en materia de salud sexual y reproductiva	0
e) Elaboración de la Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva	0
f) Programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna en los que el respeto sea el elemento central	0
g) Programas de apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro para promoción y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud gineco-obstétrica	0
h) Realización de campañas periódicas destinadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual acompañadas de medidas en el ámbito educativo	0
i) Disposición gratuita de métodos anticonceptivos en los centros sanitarios del SNS	319.000
j) Regulación de un permiso maternal preparto desde la semana 39 del embarazo	57.114.000
k) Incapacidad temporal por IVE	7.805.791
l) Incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes	23.840.000
<b>TOTAL</b>	<b>104.448.915</b>

### a) Garantizar las interrupciones voluntarias del embarazo en centros públicos

Como se ha indicado previamente el Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>, en 2020, cifra únicamente en el 15,49% de las interrupciones voluntarias del embarazo las que se realizaron en centros públicos, entre hospitalarios y extrahospitalarios. Por el contrario, más del 84,5% se realizaron en centros privados, habiéndose producido el 78% en centros extrahospitalarios privados. Y lo más llamativo: estas cifras representan la tasa máxima de interrupciones del embarazo realizadas en centros públicos en los últimos 10 años.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo establece que la interrupción voluntaria del embarazo es un **servicio incluido en la cartera de prestaciones del sistema sanitario público**. Tal y como indica el artículo 4 de la ley orgánica: «El Estado velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley».

<sup>3</sup> [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)

Por lo tanto, la introducción de la garantía de la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos no debe conllevar un incremento del gasto público dado que en la actualidad y desde 2010 la gestante no paga por someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, es decir, es un servicio concertado en un porcentaje muy elevado que sufraga la sanidad pública.

No obstante, ante la posible contingencia de una asunción de un porcentaje superior de interrupciones voluntarias de embarazo en centros públicos y la necesidad de facilitar provisión adicional para facilitar a las mujeres el ejercicio de su derecho, hace necesario articular servicios con sobrecapacidad para dar una adecuada respuesta.

Los costes varían según cada centro acreditado y las características de la intervención y de la mujer. En promedio un aborto de hasta 12 semanas, con anestesia local y sin otro tipo de complicaciones puede costar alrededor de 350 euros incluyendo el preoperatorio. Si el embarazo supera las 12 semanas el precio de la intervención se incrementa de manera muy variable dependiendo del número de semanas, las condiciones de salud y el riesgo que implica la intervención.

I.V.E	2019	% sobre total
<b>Total</b>	<b>99.149</b>	
<b>Hospitalario</b>	<b>12.746</b>	<b>12,9%</b>
Público	6.143	6,2%
Privado	6.603	6,7%
<b>Extrahospitalario</b>	<b>86.403</b>	<b>87,1%</b>
Público	8.055	8,1%
Privado	78.348	79,0%
Coste actual unitario promedio estimado	380	
Coste presupuestario anual Comunidades Autónomas	<b>37.676.620</b>	
<b>Estimación de incremento presupuestario anual para garantizar asistencia pública</b>	<b>7.535.324</b>	

Garantizar la atención pública podría suponer un impacto presupuestario adicional de un 20% del coste actual, es decir, 7,5 millones de euros de incremento neto.

#### **b) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica con atención sanitaria especializada.**

El coste estimado de la atención extrahospitalaria especializada a las 79.000 mujeres que en promedio realizan su interrupción voluntaria del embarazo en centros privados tendría un coste de 7,8 millones de euros.

- c) Consolidación de servicios de asistencia integral especializada y accesible, incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, dotados de equipos interdisciplinarios que tendrán como objetivos principales la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital**

Se estima que no tendría coste presupuestario adicional, aunque requeriría la reorganización y reestructuración de servicios existentes en determinadas comunidades autónomas.

- d) Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de en materia de salud sexual y reproductiva**

Se estima que no tendría coste presupuestario adicional.

- e) Elaboración de la Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva**

Corresponde su elaboración al Ministerio de Sanidad, sufragándose con cargo a los créditos presupuestarios de dicho departamento por lo que no tiene impacto adicional.

- f) Programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna en los que el respeto sea el elemento central**

Los programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, de apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro para promoción se realizan con cargo a los créditos presupuestarios del Ministerio de Sanidad y no se estima por lo tanto impacto presupuestario adicional.

- g) Programas de apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro para promoción y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud gineco-obstétrica.**

La difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud gineco-obstétrica vienen sufragándose con cargo a los créditos presupuestarios del Ministerio de Sanidad y no se estima por lo tanto impacto presupuestario adicional.

**h) Realización de campañas periódicas destinadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual acompañadas de medidas en el ámbito educativo**

Las campañas periódicas destinadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual), vienen sufragándose con cargo a los créditos presupuestarios del Ministerio de Sanidad y no se estima por lo tanto impacto presupuestario adicional.

**i) Disposición gratuita de métodos anticonceptivos en los centros sanitarios del SNS**

La anticoncepción de urgencia son medicamentos que no requieren prescripción médica, por lo cual no se financia la receta.

Cuando son dispensados en los centros o servicios sanitarios no tienen coste para las mujeres, siendo gratuitos (Anexo V del RD Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización).

Así pues, se considera que el impacto de la medida sería nulo, porque los productos en aquellas condiciones ya se encuentran exentos de aportación y son entregados gratuitamente en los centros correspondientes, salvo que se incremente la demanda.

Ante una hipótesis de incremento eventual de la demanda de un 2,5% del total del consumo de estos métodos anticonceptivos y que todo el incremento se produjese en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y dado que el precio PVL (Precio Venta Laboratorio) de los medicamentos anticonceptivos de urgencia actualmente es 15,95 euros/unidad, el impacto presupuestario ascendería a 319.000 euros anuales.

**j) Regulación de un permiso maternal preparto desde la semana 39 del embarazo**

La regulación de un permiso maternal preparto desde la semana 39 de embarazo supondría un coste estimado anual de 57,14 millones de euros para la Seguridad Social según sus propias estimaciones.

**k) Incapacidad temporal por IVE**

Se estima que el coste de la plasmación de la incapacidad temporal por interrupciones voluntarias del embarazo ascendería anualmente a 7,8 millones de euros.

Número mujeres trabajando 16-50 años	Salario medio mujeres	Salario diario medio mujeres	Baja laboral por IVE	Mujeres aborto extrahospitalario	Coste bruto en millones de euros	Días estimados de baja actualmente	Coste neto anual en millones de euros
6.000.000	21.682	60,2	3	86.403	16	1,5	7,8

El impacto presupuestario tendrá en cuenta a las Mutualidades como Entidades Gestoras de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, respectivamente, que tendrán que garantizar el contenido de la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, y los importes de la incapacidad temporal de las respectivos afiliados así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa vigente.

### **I) Incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes**

Las mujeres con menstruaciones incapacitantes tendrán derecho a un permiso por incapacidad temporal.

La población activa de España ascendía a 23 millones de personas en 2020, según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) realizada anualmente por el INE. De ellas, 19 millones tenían empleo y 8,7 millones eran mujeres. Traducido en porcentajes, esto quiere decir que la participación femenina en el mercado laboral era de casi un 46% a fecha de 2020. Podemos estimar que unas 6 millones de mujeres trabajan en el rango de edad 16-50. Dado que el salario medio asciende a 21.682 euros anuales en 2021 tendríamos un coste estimado bruto de casi 80 millones de euros en el caso de que el 1% de las mujeres tuviesen esa situación.

El estudio de la revista BMJ Journals<sup>4</sup> indicaba que de media, las mujeres encuestadas cogieron un día de baja al año por motivos menstruales. Además, ya existen costes muy significativos en bajas por incapacidad temporal debidos a estas causas. También el estudio resalta que el haber ido a trabajar con dolores importantes hizo decaer la productividad de estas mujeres en una media de nueve días al año.

<sup>4</sup> <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e026186>



Teniendo en cuenta estos cálculos y los realizados por la Seguridad Social, el coste neto de la equiparación de este derecho ascendería a un máximo de 23,84 millones de euros anuales.

El impacto presupuestario tendrá en cuenta a las Mutualidades como Entidades Gestoras de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, respectivamente, que tendrán que garantizar el contenido de la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, y los importes de la incapacidad temporal de las respectivos afiliados así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa vigente.

Como resumen final, indicamos que el impacto presupuestario que la normativa tendría para el Estado sería de 319 mil euros, para la Seguridad Social 88,7 millones de euros y las Comunidades Autónomas un total de 15,3 millones de euros.

Dado que la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla no está transferida y es financiada por el Estado a través de **INGESA**, se estima que el coste correspondiente de las actuaciones es muy reducido por las bajas tasas de interrupciones voluntarias del embarazo que se producen en mujeres menores de 20 años y entre 15 y 44 años en ambas ciudades autónomas. La estimación teniendo en cuenta el menor número de interrupciones voluntarias del embarazo y el porcentaje de mujeres sobre el total estatal en la franja de edad que está entre los 16 años y los 50 años, es que INGESA tendría un coste derivado de esta normativa que ascendería a El gasto anual actual para el INGESA, por la prestación del servicio para la IVE, teniendo en cuenta el importe de licitación de los contratos para la prestación del servicio con medios ajenos, es de 90.650 euros que puede acometer sin problema por el reducido importe que supone.

La financiación de los 319 mil euros de la Administración General del Estado es una cantidad muy reducida y asumible y que solo se produciría en caso de incremento significativo de la demanda que, por otra parte conllevaría una reducción de los embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo cuyo impacto en reducción del gasto público no estaríamos teniendo en cuenta.

ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEMORIA DE IMPACTO PRESUPUESTARIO Datos en euros		
Medida	Impacto presupuestario anual	Administración
d) Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de en materia de salud sexual y reproductiva	0	Estado
e) Elaboración de la Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva	0	Estado
f) Programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna en los que el respeto sea el elemento central	0	Estado
g) Programas de apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro para promoción y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud gineco-obstétrica	0	Estado
h) Realización de campañas periódicas destinadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual acompañadas de medidas en el ámbito educativo	0	Estado
i) Disposición gratuita de métodos anticonceptivos en los centros sanitarios del SNS	319.000	Estado
<b>TOTAL</b>	<b>319.000</b>	

Se estima una financiación adicional de los 88,7 millones de euros que serían los que tiene que asumir la Seguridad Social para garantizar los derechos que figuran en la norma y que precisarían de recursos adicionales en un 0,05% al presupuesto de gasto no financiero de la Seguridad Social correspondiente a 2022.

ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEMORIA DE IMPACTO PRESUPUESTARIO Datos en euros		
Medida	Impacto presupuestario anual	Administración
i) Regulación de un permiso maternal preparto desde la semana 39 del embarazo	57.114.000	Seguridad Social
j) Incapacidad temporal por IVE	7.805.791	Seguridad Social
k) Incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes	23.840.000	Seguridad Social
<b>TOTAL</b>	<b>88.759.791</b>	

ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEMORIA DE IMPACTO PRESUPUESTARIO Datos en euros		
Medida	Impacto presupuestario anual	Administración
a) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos	7.535.324	Comunidades Autónomas
b) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica con atención sanitaria especializada	7.834.800	Comunidades Autónomas
c) Consolidación de servicios de asistencia integral especializada y accesible, incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, dotados de equipos interdisciplinares que tendrán como objetivos principales la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital	0	Comunidades Autónomas
<b>TOTAL</b>	<b>15.370.124</b>	

#### e. Impacto de género.

A continuación, se valora el impacto de género del anteproyecto siguiendo las recomendaciones de la *Guía metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo*.

#### **a) Identificación de los objetivos de la norma en materia de igualdad de oportunidades.**

La protección del ámbito sexual y reproductivo de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar».

Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia».

En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Se deduce de lo anterior que nos encontramos ante una norma cuyo fin es en sí mismo favorecer la igualdad entre mujeres y hombres. Por ello, más que tener un impacto concreto por razón de género, todos sus objetivos se relacionan con la igualdad entre mujeres y hombres. De hecho, el propio artículo 2.3 recoge entre sus principios rectores el enfoque de género, previendo que *‘las Administraciones Públicas incluirán un enfoque de género fundamentado en la comprensión de los estereotipos y las relaciones de género, sus raíces y sus*

*consecuencias en la aplicación y la evaluación del impacto de las disposiciones de esta ley orgánica, y promoverán y aplicarán de manera efectiva políticas de igualdad entre mujeres y hombres y para el empoderamiento de las mujeres y las niñas”.*

En particular, los siguientes artículos están especialmente relacionados con el objetivo de garantizar la igualdad entre mujeres y hombres:

El artículo 5, al relatar los objetivos y garantías generales de actuación de los poderes públicos, incorpora la erradicación de cualquier forma de violencia de género relacionada con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

El artículo 5 bis se refiere a la salud sexual como estándar de salud, y establece que los poderes públicos reconocerán la salud menstrual como parte inherente del derecho a la salud. En la misma línea, el artículo 5 ter reconoce un permiso a las mujeres con menstruaciones incapacitantes, y el artículo 5 quáter contiene medidas de distribución de productos de gestión menstrual. Asimismo, el artículo 5 sexies prevé la creación de servicios de atención integral especializada y accesible.

Por su parte, el artículo 7, sobre atención a la salud sexual, parte de un enfoque antidiscriminatorio e interseccional y reconoce el acceso a anticonceptivos de última generación, el fortalecimiento de la prevención y el abordaje de ETS y la implementación y fortalecimiento de servicios públicos de proximidad y en todos los niveles de la atención sanitaria, especializados en salud sexual y conformados por equipos multidisciplinares, entre otras cuestiones.

Asimismo, en el artículo 7 bis, “atención a la salud reproductiva”, se incluye un enfoque antidiscriminatorio e interseccional en todas las prácticas al respecto, garantía de información accesible sobre los derechos reproductivos y prestaciones o el posible acceso a una incapacidad temporal especial por interrupción del embarazo.

Resulta también fundamental el artículo 7 quáter, referido a la corresponsabilidad, y es que se establece que los poderes públicos promoverán la eliminación de estereotipos que refuerzan la discriminación de las mujeres en el ámbito de la anticoncepción; la investigación, financiación y comercialización de anticonceptivos masculinos; y la consideración de la anticoncepción como un asunto de salud pública.

Asimismo, el artículo 7 quinquies, sobre anticoncepción de urgencia, tiene especial incidencia sobre las mujeres.

El título II, que lleva por rúbrica “De la interrupción voluntaria del embarazo”, está directamente vinculado con los derechos de las mujeres. Está estructurado en dos capítulos que engloban los artículos 29 a 44. El capítulo I incluye las condiciones para que una mujer acceda a la interrupción voluntaria del embarazo, eliminando el permiso parental para las menores de 16 a 18 años, así como el periodo de reflexión de tres días y la recepción obligatoria de información relativa a las ayudas a la maternidad, evitando así la infantilización de las mujeres. El capítulo II recoge las garantías en el acceso a la prestación, garantizando el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, en particular, mediante un acceso territorial igualitario y equitativo.

El nuevo título III, bajo la rúbrica “Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos” es también un título cuyo sujeto son principalmente las mujeres.

El artículo 24 dispone que las Administraciones Públicas se abstendrán de cometer cualquier acto que vulnere los derechos sexuales y reproductivos y se asegurarán de que autoridades, funcionarios, agentes e instituciones estatales y autonómicas, así como los demás actores que actúen en nombre de las anteriores se comporten de acuerdo con esta obligación. Asimismo, establece que las Administraciones Públicas tomarán las medidas integrales y eficaces para prevenir, proteger, investigar, sancionar, erradicar y reparar las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por su parte, el artículo 25 conmina a las Administraciones Públicas a promover la adopción de campañas y acciones informativas en relación a recursos disponibles en caso de que una mujer vea vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos. Por último, en la misma línea, el artículo 26 vehicula el apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro con programas de promoción y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud ginecológica y obstétrica.

El capítulo II se refiere a la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico. El artículo 27 regula los principios y el artículo 28 la investigación y recogida de datos. En el artículo 29 se establece que se promoverá la adecuada formación del personal de los servicios de ginecología y obstetricia y, según el artículo 30, en la Estrategia de salud sexual y reproductiva, un apartado de prevención, detección e intervención integral para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico.

Por su parte, el capítulo II recoge explícitamente medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, previendo, en particular, actuaciones frente al aborto forzado y la esterilización y anticoncepción forzada (artículo 31) y dirigidas a la prevención de la gestación por subrogación o sustitución (artículos 32 a 34).

## **b) Análisis del impacto de género.**

### **1) Descripción de la situación de partida.**

El derecho a la salud sexual y reproductiva de todas las personas está considerado y reconocido como un derecho fundamental por parte de la comunidad internacional. Concretamente, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas reconoce la salud sexual y reproductiva de las mujeres dentro del catálogo de derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad a la educación y a la prohibición de discriminación.

También y dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijados por Naciones Unidas, el ODS 5 aspira a lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, y una de las metas para conseguirlo es *“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”*.

Desde el ámbito de la Unión Europea se incide sobre la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, afirmando que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre sus cuerpos sin discriminación, coacción ni violencia y a acceder a servicios de salud reproductiva y sexual que respalden ese derecho.

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen diferentes dimensiones de la sexualidad que implican, tanto cuestiones relacionadas con la vivencia de ser seres sexuados; y por otra, cuestiones relacionadas con el hecho de ser seres procreativos.

Asimismo, y a nivel del Estado español, esta ley orgánica se ajusta al contenido de varios artículos de la Constitución como el 14 y el 9.2. Pero también a los artículos 15, 17 y 18.1 sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral, el derecho a la seguridad, y el derecho a la intimidad personal y familiar, respectivamente.

Sin embargo, la reforma ejecutada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente, supuso un retroceso en la capacidad de decisión de las mujeres de 16 y 17 años y las mujeres con discapacidad a la hora de decidir sobre sus propios cuerpos. De hecho, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales ha llamado la atención sobre este retroceso en el sexto Informe periódico de España de 2018.

En 2020 de un total de 88.269 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) registradas en España, únicamente el 15,49% se realizaron en centros públicos, entre hospitalarios y extrahospitalarios, frente al 84,51% que se llevaron a cabo en centros privados. Estos datos<sup>5</sup> aportados por el Ministerio de Sanidad, reflejan que estamos lejos de garantizar que los centros de titularidad pública practiquen interrupciones voluntarias del embarazo. Una garantía contraída institucionalmente por nuestro país y ampliamente demandada por las mujeres.

A esto hay que sumar las disparidades existentes entre las diferentes Comunidades Autónomas. De hecho, en cuatro<sup>6</sup> de las diecisiete Comunidades Autónomas no existe ningún centro público en el que se realicen interrupciones voluntarias del embarazo. Y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, no existe ninguno, ni público ni privado. Este déficit hospitalario obliga a miles de mujeres a desplazarse a otra provincia o a otra Comunidad para poder ejercer su derecho, lo que supone un obstáculo añadido a la hora de ejercer el derecho a decidir libremente sobre su propio cuerpo, especialmente en el caso de las adolescentes y las mujeres con discapacidad.

En la motivación de esta propuesta se ha visto que esta diferencia entre Comunidades se justifica –básicamente- por dos motivos. De un lado, porque el modelo imperante en nuestro país es el de concertar el servicio de la interrupción voluntaria del embarazo con centros extrahospitalarios. Y de otro lado, por la deficiente regulación de la objeción de conciencia, que supone que algunos hospitales públicos aleguen este motivo para no realizar dichas intervenciones<sup>7</sup>, lo que disminuye la oferta ya de por sí escasa.

En cuanto a este último aspecto, la futura norma trata de regular el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios mediante la creación de un registro de objetores, a la vez que garantiza el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, lo cual tendrá un impacto positivo en las personas implicadas en este tipo de intervenciones, y especialmente en las mujeres.

---

<sup>5</sup> Estadísticas del Instituto de las Mujeres, realizadas en base a los datos aportados por el Ministerio de Sanidad: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

<sup>6</sup> Según las Estadísticas del Instituto de las Mujeres, realizadas en base a los datos aportados por el Ministerio de Sanidad en 2021 en Castilla-La Mancha, Extremadura, Comunidad de Madrid y Murcia no existía ningún centro público en el que se realicen interrupciones voluntarias del embarazo. Y en Ceuta y Melilla no existe ninguno, ni público ni privado en el que se realicen este tipo de intervenciones. <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

<sup>7</sup> En el Instituto de las Mujeres se desconocen los datos sobre el número de profesionales sanitarios que han aducido objeción de conciencia para no realizar interrupciones de embarazo, únicamente se tienen cifras sobre el número de centros de intervención voluntaria del embarazo según Comunidad Autónoma y tipo de centro: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

Atendiendo al grupo de edad, se observa que 8.407 mujeres y adolescentes de 15 a 19 años interrumpieron voluntariamente su embarazo durante 2020<sup>8</sup>. Estas cifras, unidas a lo expresado por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018 – y que viene a ser una llamada de atención al retroceso que supone la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre– muestran la pertinencia de garantizar a las adolescentes de 16 y 17 años, así como a las mujeres con discapacidad, interrumpir voluntariamente su embarazo sin necesidad de consentimiento de sus tutores legales.

De ahí que suprimir la necesidad del consentimiento de las personas que ejerzan la tutela legal para la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes de 16 y 17 años, así como la supresión del período de reflexión de tres días y la entrega –obligatoria– de material de información sobre la maternidad y la garantía de oferta de los métodos farmacológicos y quirúrgicos del IVE, supondrá un avance importante en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Otro de los objetivos novedosos que se plantea con esta modificación de la vigente ley orgánica es el reconocimiento de la salud menstrual como parte inherente del derecho a la salud. Una parte de esta novedad estriba en que considera necesario el reconocimiento como incapacidad temporal de las menstruaciones incapacitantes en los mismos términos que la situación de riesgo durante el embarazo, y que en algunos casos obligan a pedir bajas y ausencias laborales<sup>9</sup>. Por lo que reconocer esta incapacidad temporal supondrá una mejora en la calidad de vida de las mujeres que las sufren.

Asimismo, la ley incorpora el fomento de la corresponsabilidad en el ámbito de la anticoncepción mediante la eliminación de roles sexistas y la investigación y comercialización de anticonceptivos masculinos. Ello porque la mayoría de los métodos anticonceptivos son creados, dirigidos y utilizados por y para las mujeres<sup>10</sup> (píldora, DIU, anillo vaginal, parches, implante subcutáneo, etc.). Así, el 30% de las mujeres entre 15 y 49 años no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo, y del 70% que sí utilizan algún método anticonceptivo únicamente el 31% utilizan preservativo.

---

<sup>8</sup> Estadísticas del Instituto de las Mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo según grupo de edad, realizadas en base a los datos aportados por el Ministerio de Sanidad: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

<sup>9</sup> En el Instituto de las Mujeres se desconocen las cifras sobre las bajas y ausencias laborales solicitadas por este motivo.

<sup>10</sup> Estadísticas del Instituto de las Mujeres sobre métodos anticonceptivos principales realizadas en base a los datos extraídos de la Encuesta de Anticoncepción en España. Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Sociedad Española de Contracepción (SEC): <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>



Por ello, y para cambiar esta dinámica de perpetuación de roles sociales que refuerzan la discriminación de las mujeres en el ámbito de la anticoncepción se plantea la gratuidad de los anticonceptivos hormonales, los métodos reversibles de larga duración y la anticoncepción de urgencia para jóvenes de hasta 25 años.

También es necesario eliminar las disparidades de recursos y acceso a los métodos anticonceptivos que existen entre comunidades autónomas, tal y como denunciaba el Comité CEDAW en 2015.

Igualmente, y dada la alta tasa de infecciones de transmisión sexual (ETS)<sup>11</sup>, en la ley se establecen algunas respuestas enfocadas a fomentar la educación y sensibilización por parte de los poderes públicos, como la formación y la educación sexual obligatoria en todas las etapas educativas, así como la prevención de las violencias sexuales en el ámbito educativo. También se impulsarán campañas institucionales de prevención e información, en particular, aquellas dirigidas a evitar prácticas como la transmisión negligente o intencionada de ETS.

Finalmente, esta ley orgánica se fija el objetivo de regular un estándar de protección por parte de los poderes públicos y de responsabilidad institucional para evitar intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias<sup>12</sup>.

## **2) Previsión de resultados.**

En primer lugar cabe señalar la dificultad a la hora de describir la realidad sobre algunos ámbitos, debido a la falta de información y de datos e indicadores específicos sobre algunas cuestiones y temas tratados en la descripción de la situación de partida, lo cual hace que la previsión de resultados se haga de forma generalista y atendiendo más a cuestiones cualitativas que cuantitativas.

Además de incidir en la necesidad de implementar nuevos indicadores, así como la recogida de datos relativos a algunos aspectos sobre los que no se dispone de datos estadísticos oficiales.

A pesar de esto, se espera que las medidas e instrumentos que se desarrollen en el marco de la Ley Orgánica para la protección de los derechos sexuales y

---

<sup>11</sup> Estadísticas del Instituto de las Mujeres elaboradas a partir de los Informes Anuales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Y del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/IVE.htm>

<sup>12</sup> En el Instituto de las Mujeres se desconocen las cifras sobre la llamada violencia obstétrica. La única información que consta, no es información oficial, sino la elaborada por el Observatorio de Violencia Obstétrica, es una entidad no lucrativa, creada en 2019 y formada por un grupo heterogéneo de mujeres que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Más información en su página web: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>

reproductivos y la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo, contribuyan a disminuir las desigualdades y el avance en el logro de los objetivos de igualdad de género en este ámbito, y más concretamente en los objetivos perseguidos con la aprobación de la misma, y que son:

1. Garantizar la prestación del servicio de la interrupción voluntaria del embarazo en los centros públicos hospitalarios, así como permitir a las mujeres tomar las decisiones que respectan a su IVE libremente, asegurará la plena accesibilidad territorial a la información y a la prestación sanitaria.

Además, al prestarse estos servicios en un centro público se garantizará el anonimato y la privacidad de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, evitando el acoso y hostigamiento que se produce en las inmediaciones de algunos centros privados sobre estas mujeres, así sobre el personal que trabaja en estos centros.

Incluir las IVE en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud supondrá un avance significativo en los derechos sexuales y reproductivos en lo que respecta a su accesibilidad.

2. Permitir a las adolescentes de 16 y 17 años, así como a las mujeres con discapacidad, interrumpir voluntariamente su embarazo sin necesidad de consentimiento de las personas que ejerzan su tutela legal, supondrá su reconocimiento como “persona adulta”, en coherencia con lo dispuesto en 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, para decidir libremente sobre su propio cuerpo, al igual que las personas de esta edad pueden contraer matrimonio, emanciparse o trabajar.

A la vez, esto les permitirá la elección del método para interrumpir su embarazo –farmacológico o instrumental- siempre atendiendo al criterio de los profesionales sanitarios.

3. Establecer servicios de asistencia integral especializada y accesible para la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital.

4. Reforzar el papel de la Alta Inspección.

5. Reconocer la salud menstrual como parte inherente del derecho a la salud, amparará el autoconocimiento, la normalización de la menstruación, contribuyendo a la ruptura de estereotipos y tabús a su alrededor.

6. Garantizar el acceso universal a la anticoncepción y fomentar el uso corresponsable de la misma, supondrá su integración en el catálogo de servicios y prestaciones de la Seguridad Social, lo que contribuirá a eliminar distintas discriminaciones, desequilibrios y brechas, garantizando su accesibilidad.

7. Con el fomento de la educación y sensibilización relativas a los derechos sexuales y reproductivos, se fomenta el autoconocimiento, el disfrute pleno de la sexualidad personal, así como esto, junto con la prevención, de infecciones de transmisión sexual, el VIH, etc., y la vivencia de la sexualidad con respeto mutuo, permitiendo una sexualidad más plena y responsable.

8. Regular un estándar de protección por parte de los poderes públicos y de responsabilidad institucional para evitar intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias, permitirá a las mujeres disponer de información sobre sus derechos, a la vez que asegurará la integración de una cultura hospitalaria más respetuosa, y garantizará un sistema que incluya la prevención, la protección y la reparación.

### **3) Valoración del impacto de género.**

- A la vista de los resultados previstos mencionados en el apartado anterior, se valora que la Ley Orgánica para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo tendrá un impacto de género positivo, dado que se espera que contribuya a la disminución de las desigualdades y deficiencias detectadas en materia de salud sexual y reproductiva, y al avance en el logro de los objetivos de las políticas de igualdad.
- No obstante, para facilitar el seguimiento de este impacto de género positivo esperado y poder introducir en las futuras revisiones las medidas correctoras oportunas, se impulsará el desarrollo de la mejora de la producción y difusión de datos periódicos sistemáticos desagregados por sexo y de indicadores específicos en todo lo relativo a salud sexual y reproductiva.

De este modo, se podrá analizar la correcta evolución de la aplicación de las medidas establecidas.

### **f. Impacto en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.**

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar “el derecho de las personas con

discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener (...) a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”, en igualdad de condiciones que los demás. Esta norma reconoce que la denegación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad ha hecho que se vean privadas de muchos derechos fundamentales, incluidos los derechos reproductivos.

Sin embargo, la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, supuso un retroceso en la capacidad de decisión de las mujeres con discapacidad a la hora de decidir sobre sus propios cuerpos, un paso hacia atrás que ha sido criticado por el DESC en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018. En dicho texto, el Comité, alertaba del obstáculo que la reforma de 2015 supone para el acceso al aborto por parte de las mujeres con discapacidad al exigir el consentimiento expreso de sus representantes legales.

La eliminación de este requisito a través de la ley orgánica, así como la inclusión, entre sus principios, de la accesibilidad (artículo 3.1 f) y prohibición de discriminación, entre otros, por motivos de discapacidad (artículo 3.1 d), redundará en un impacto positivo en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

#### **g. Impacto en la infancia y la adolescencia.**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, no solo supuso un retroceso en la capacidad de decisión de las mujeres con discapacidad a la hora de interrumpir voluntariamente su embarazo, sino que lo mismo puede predicarse de las mujeres menores de edad de 16 y 17 años, óbice que, una vez más, fue criticado por el DESC en tanto que obstaculiza el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo. Así pues, la eliminación de este obstáculo tendrá un impacto positivo en las adolescentes de 16 y 17 años.

Pero el impacto positivo sobre la infancia y la adolescencia va más allá, en tanto en cuanto la ley promueve la educación en materia de salud sexual y reproductiva así como en materia de salud menstrual, fomentando la superación de estereotipos, lo que tendrá un impacto positivo en la prevención de discriminación durante estas etapas vitales.

#### **h. Otros impactos.**

En definitiva, la norma tiene un impacto social positivo.

#### **VII.- EVALUACIÓN EX POST.**

No se prevé evaluación ex post de esta norma.