

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, 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 [BOE-A-2023-5364]

La presente ley orgánica se caracteriza por la perspectiva integral que informa todo su articulado, no circunscribiéndose a la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, sino abordando la salud sexual y reproductiva con perspectiva de género interseccional y transversal desde el derecho administrativo sanitario, penal y laboral, abriendo paso a la participación de entidades y organizaciones de la sociedad civil.

Así las cosas, la ley consta de un artículo único, de modificación de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de una disposición adicional y de un bloque compuesto por diecisiete disposiciones finales. Si bien se trata de una ley orgánica dictada al amparo del art. 81 CE, solo sus apartados 10 a 13 tienen tal carácter, conservando además las normas modificadas por las DF 7.^a a 9.^a su rango reglamentario (DF 3.^a).

Con carácter preliminar, hemos de señalar que esta ley orgánica supone la segunda gran reforma de la LO 2/2010, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, si bien su hecho diferencial con respecto a la «contrarreforma» que encarnó la LO 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, reside en la recuperación del espíritu del legislador orgánico de 2010 en la configuración jurídica de la interrupción voluntaria del embarazo en menores de edad.

Frustrado el proyecto neoconservador del ministro de Justicia Alberto Ruiz Gallardón, de Ley de Protección de vida del concebido, del año 2013, fundado en una lógica de supuestos de despenalización, la LO 11/2015 supuso un endurecimiento del ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo, tal y como criticó duramente el Comité DESC en su VI Informe de 2018 y CEDAW en sus recomendaciones de 2015, particularmente en mujeres con discapacidad y menores de edad (de 16 y 17 años), principal cambio legislativo que la presente ley aborda.

Por consiguiente, se prescinde de la exigencia del consentimiento parental, modificando la Ley 41/2001 de Autonomía del Paciente (DF 2.^a) y, con ello, eliminando las limitaciones a la capacidad jurídica de decisión sobre su maternidad, así como el propio de los representantes legales en caso de mujeres con capacidad modificada.

Igualmente, suprime el anterior plazo de reflexión de tres días (DF 1.^a), así como la obligatoriedad de recibir forzosamente información acerca de los recursos y las ayudas disponibles en caso de continuar con el embarazo, debiéndose proporcionar dicha información sólo si se requiere expresamente, a fin de evitar cualquier tipo de condicionamiento a la mujer.

Sin embargo, la presente LO no se limita a ser una mera rectificación de la «contrarreforma» del 2015, sino que aborda muchas de las principales problemáticas del ejercicio material y efectivo de este derecho. Así las cosas, consagra la obligación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, de garantizar la prestación en los centros hospitalarios, incorporando la doctrina del Tribunal Constitucional en lo tocante a la facultad de Alta Inspección atribuida al Estado (DA 1.^a), en tanto que garante de la igualdad en el acceso a las prestaciones en el marco del Sistema Nacional de Salud¹.

El establecimiento legislativo de tal obligación resulta acertado, puesto que el 78,04 % de las IVE se venían produciendo en centros extrahospitalarios de carácter privado, si bien tal disposición normativa debe ir correspondientemente dotada económicamente, a fin de garantizar su ejercicio bajo criterios de gratuidad, accesibilidad y proximidad. En ese sentido, la implantación de dispositivos y recursos humanos suficientes para la garantía del derecho en todo el territorio, en condiciones de equidad para suplir los flagrantes desequilibrios territoriales, será la que demuestre el grado de eficacia de la previsión legislativa y, por consiguiente, el éxito o no de la presente ley.

Así las cosas, hablar de IVE implica abordar necesariamente la regulación de la objeción de conciencia, concebido en todo caso como un derecho individual y no un obstáculo para el ejercicio de otro, exigiendo pues para su aplicabilidad la comunicación con antelación y por escrito, a fin de confeccionar un registro de objetores de conciencia del personal sanitario, en pro de la seguridad jurídica y sin perjuicio de la debida protección de datos de carácter personal (DA 4.^a).

Igualmente, la LO aborda el acceso a la anticoncepción de forma equitativa en clave territorial, en materia de disponibilidad, asequibilidad, distribución y accesibilidad, bajo criterios de corresponsabilidad y eliminación de roles sexistas, con medidas como la promoción de la investigación y la comercialización de anticonceptivos masculinos, junto a la previsión de gratuidad de los productos de gestión menstrual en centros educativos, penitenciarios y sociales, particularmente dirigida a mujeres en situación de vulnerabilidad (DA 3.^a).

De otra parte, una de las grandes innovaciones de la presente ley reside en el establecimiento del sistema de incapacidad temporal por menstruaciones dolorosas (art. 5 ter), ante contingencias comunes propias de la dismenorrea secundaria o situaciones incapacitantes asociadas a otras patologías². Sin embargo, la LO ha sido objeto de críticas sociales, políticas y doctrinales no solo por dejar desprovistas de protección otras situaciones de menstruaciones dolorosas sin patología previa, sino por el eventual riesgo de exclusión laboral femenina, si bien ha puesto en el centro del debate

1. STC 32/1983; STC 54/1990; STC 22/2012.

2. Recogidas en una cláusula exhaustiva pero abierta como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos o dificultad en la salida de sangre menstrual de cualquier tipo, pudiendo implicar síntomas como dispareunia, disuria, infertilidad o sangrados más abundantes de lo normal, etc.

público una cuestión invisibilizada y de gran incidencia negativa en la salud laboral y la productividad femenina, según los estudios y estimaciones realizadas³.

Del mismo modo y en lo concerniente a las incapacidades temporales, se recoge la baja por contingencias comunes propias de la interrupción voluntaria o no del embarazo, mientras reciba asistencia sanitaria por el Servicio Público de Salud y esté impedida para el trabajo, así como ante la gestación, desde el día primero de la semana trigésima novena de embarazo.

Finalmente, la ley reserva un bloque destinado a la garantía por parte de los poderes públicos de los derechos reproductivos y sexuales en el ámbito ginecológico y obstétrico, a la formación de profesionales de salud sexual con perspectiva igualitaria, así como a la educación en todos los niveles reglados. En ese sentido, no deja de lado la prevención de la violencia sobre las mujeres en lo concerniente a la salud sexual, recogiendo medidas contra la transmisión intencionada de infecciones sexuales como forma de violencia contra las mujeres, incorporando la reciente jurisprudencia en la materia⁴, así como contra la esterilización, la anticoncepción y el aborto forzosos y la gestación subrogada, siguiendo la senda marcada por la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, a través de la prohibición de la publicidad de las agencias de intermediación a través de la modificación de la Ley 34/1988 (DF 1.^a).

Emilio FERRERO GARCÍA
Investigador predoctoral
Universidad de Salamanca
emilioferrero@usal.es

3. FUENTES G.^a ROMERO DE TEJADA, C. y ARMIJO SUÁREZ, O. 2023: «La nueva regulación de la dismenorrea o reglas dolorosas». *Briefs AEDTSS*, 2023, 15: 2-7.

4. SJI de Salamanca (Secc. 2) 155/2019; STSJA 186/2021.