



c/ Bravo Murillo 4, bajo, Dº5 • 28015 Madrid • CIF: G78795978
info@forumpoliticafeminista.org • <http://www.forumpoliticafeminista.org>

Aportaciones de FÓRUM de Política Feminista al Anteproyecto de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción voluntaria del Embarazo, tramitado mediante el procedimiento de urgencia conforme fue aprobado por Consejo de Ministras y Ministros de 17 de mayo de 2022.

Como principales aspectos positivos de del Proyecto de reforma:

- **La ampliación del objeto de la ley para incluir las violencias en el ámbito reproductivo, y cumplir así con el mandato del Convenio de Estambul**, que incluye la esterilización y el aborto forzada y la mutilación genital femenina (esta última incluida en la ley de Garantía de Libertad Sexual, ahora en debate parlamentario),
- **Se devuelve a las mujeres de 16 a 18 años y a las mujeres con discapacidad la posibilidad de decidir sin tener que pedir el permiso de sus tutores legales para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Se elimina el período de reflexión de 3 días y la información obligatoria que se entregaba a las mujeres. Esa información será de carácter optativo, a petición de la mujer que acude a abortar.**

Como aspectos que han mejorado pero siguen siendo insuficientes:

- Las **IVEs** (Interrupciones Voluntarias del Embarazo), habrán de realizarse en **centro sanitario público**, o solo excepcionalmente en centro privado acreditado. Pero recordemos que ya la actual ley establecía que la IVE se realizara de manera preferente en centros públicos, hecho que mayoritariamente no se cumple.
- Regula la objeción de conciencia creando un **registro de objetores**, donde se deberá manifestar la voluntad de objetar con carácter previo y por escrito. Esta medida debe vigilarse adecuadamente, ya que, en la Ley vigente, figura también la obligatoriedad de manifestar la objeción previamente y por escrito y con carácter individual, no de forma colectiva, algo que sin embargo sucede actualmente en una amplísima mayoría de los centros públicos.

- Se incorpora el **criterio de proximidad al domicilio** para el acceso al aborto, lo que permitirá que las mujeres de una comunidad autónoma fronteriza con otra puedan acudir al hospital del otro territorio si es más cercano. En principio parece positivo este criterio, aunque recordemos que actualmente el traslado de pacientes por distintas patologías entre CCAA se viene haciendo de manera habitual.
- Incorpora la previsión de que cada centro cuente con los **métodos quirúrgico y farmacológico** de interrupción de embarazos, para que sea la mujer quien decida cuál quiere. Esta medida debería aclararse, ya que los requisitos en cuanto a instalaciones para cada método son distintos, por lo que puede que no todos los centros puedan ofrecer ambos con garantías de calidad (como ocurre con otro tipo de prestaciones).
- Las competencias que atribuye a la **Alta Inspección**, para reducir las brechas existentes en el acceso al aborto y garantizarlo en todas las provincias del territorio, ya estaban señaladas en la vigente ley, sin que haya servido al propósito de la equidad territorial en el acceso a la IVE.
- Se establecen **servicios públicos de asistencia integral especializada** en el ámbito **de la salud sexual y reproductiva**, contando estos con equipos interdisciplinarios y contando además, con servicios adaptados a las necesidades y demandas de la población joven. Además, se creará una línea telefónica especializada en derechos sexuales y reproductivos, que prestará información sobre el derecho a la IVE y el itinerario de prestación en los servicios públicos.

Sobre el papel, en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, ya existe la atención especializada para la salud sexual y reproductiva, otra cuestión es si el servicio que están brindando tiene unos estándares de calidad. Por otra parte, en las CCAA existen líneas de atención telefónica que ya informan sobre cuestiones de salud y sobre el circuito de acceso a la IVE en la correspondiente Comunidad Autónoma, otra cuestión es si son accesibles y brindan una información de calidad. Habrá que esperar a ver el desarrollo de este punto y hacer seguimiento para comprobar que efectivamente son accesibles y dan una información de calidad.

- Se apuesta por la **anticoncepción de última generación**, la corresponsabilidad y la mayor accesibilidad, impulsando el desarrollo de la anticoncepción hormonal masculina y ampliando la financiación pública de los anticonceptivos. Entre los financiados están los métodos reversibles de larga duración. Se garantiza la gratuidad de la píldora del día después a través de su distribución en los centros de salud y en los servicios de salud sexual y reproductiva especializados.

Este apartado no aporta ninguna novedad, salvo impulsar la anticoncepción hormonal masculina. Actualmente la píldora del día después es gratuita en los servicios de salud especializados y de urgencia

- Los centros educativos de Secundaria, **en el marco de campañas de sensibilización y prevención** de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados, repartirán anticonceptivos de barrera de manera gratuita. También se dispensarán en centros penitenciarios o centros de la red de servicios sociales.
- La inclusión de la **salud menstrual** como estándar de salud e incluir la educación menstrual, podría tener como consecuencia el refuerzo de los estereotipos y prejuicios que rodean la menstruación, ya que al separar la salud menstrual de la SSR y hablar de educación menstrual en lugar de educación en salud sexual y reproductiva (incluyendo la menstruación), podría conllevar un efecto estigmatizante.
- Establece la **distribución gratuita de productos menstruales para mujeres con menos recursos** y su dispensación en centros educativos, en organismos públicos, en centros penitenciarios, centros sociales, etc. Pero no recoge la posible bajada del IVA para estos productos de primera necesidad para las mujeres durante buena parte de sus vidas
- Refuerza la **formación de los profesionales en materia de IVE y SSR** (salud sexual y reproductiva), incluyendo contenidos en las carreras de ciencias jurídicas, de la salud, de la educación y sociales y en los currículos de las oposiciones vinculadas a estas. La ley vigente ya incluía medidas similares para la formación de profesionales de la salud que no han sido desarrolladas. Quizás la inclusión de estos contenidos en los currículos de las oposiciones vinculadas a estas profesiones pueda impulsar esta formación.
- Introduce el **derecho a la incapacidad temporal (IT)** por cuadros médicos que se deriven de reglas incapacitantes (menstruaciones incapacitantes secundarias), algo que de facto ya se está realizando, como el propio Proyecto de ley reconoce. La novedad es que el INSS pagará desde el primer día de baja, cosa que ya también sucede en muchas empresas a través de sus convenios colectivos. Es fundamental reforzar la investigación de las causas de las menstruaciones incapacitantes.
- También se incorpora una incapacidad temporal preparto desde la semana 39 de embarazo, que no consumirá ningún día del permiso posterior. Esto, siendo positivo, es algo que ya se tiene por convenio en muchas empresas.
- Establece el compromiso de elaborar un **Protocolo Común de Actuaciones** que ponga en el centro el derecho de las mujeres al consentimiento informado en todos

los procesos gineco-obstétricos. Recordemos que los principios del parto respetado están en la Estrategia Nacional de SSR de 2011 y que se han publicado Protocolos, Guías de Práctica Clínica, etc, pese a lo que, por ejemplo, el número de cesáreas sigue estando por encima de lo aconsejado por la OMS, especialmente en la sanidad privada. Una vez más las medidas pueden ser positivas, pero insuficientes.

- Se reconoce la **gestación por sustitución** como forma de **violencia contra las mujeres**, prohibiendo la publicidad de las agencias de intermediación y realizando campañas que refuercen la ilegalidad de estas prácticas. Medida insuficiente y decepcionante, pues esta práctica se podrá seguir realizando en el extranjero. La gestación por sustitución debería haberse tratado con medidas como prohibir el contrato (ahora solo está declarado nulo por el art 10 de la LRHA), prohibir la actividad de las agencias, y no la publicidad, derogar la instrucción de registro de notariado, o revisar la complejidad de los trámites de adopción, manteniendo las garantías de idoneidad.
- Incluir en el anteproyecto la ovodonación, pues la mitad de todos los tratamientos de ovocitos de Europa se hacen con los óvulos de mujeres españolas. Las empresas responsables atraen con el discurso del altruismo a mujeres universitarias pues en sus catálogos las ofrecen, bajo unos estándares de salud, juventud e inteligencia, compensaciones económicas que oscilan entre los 800 y 1.000 euros.

La ovodonación comporta un mes de tratamiento hormonal y una punción vaginal bajo anestesia. La información sobre los riesgos, es escasa y bajo la mística del amor y ayuda a otra mujer, convencen a jóvenes universitarias con una propaganda muy abundante en las universidades.

Los expertos reconocen que no está claro que donar varias veces a lo largo de la vida, no pueda tener consecuencias a largo plazo ya que la hiperestimulación ovárica pudiera comportar problemas de salud y mayor riesgo de padecer cáncer.

En España una mujer puede donar óvulos tantas veces como desee, la legislación no hace mención específica al respecto. No existe un Registro Nacional de Donantes y aunque el límite legal es que solo puede nacer 6 hijos de una misma donante, es sabido su incumplimiento.

Proponemos que se revise la legislación, se prohíba las compañías de propaganda “altruista”, como ya se ha aprobado en otros países (Alemania, Noruega o Suiza), y se considere la ovodonación como una explotación reproductiva.



Yulaica Vargas Martín
Presidenta FÓRUM de Política Feminista