

POR NUESTROS
DERECHOS



El aborto en ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado:

<https://cpage.mpr.gob.es>

Edita:

Instituto de las Mujeres. Subdirección General de Programas.

Secretaría de Estado de Igualdad y para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres

Ministerio de Igualdad

Estudio realizado por:

Federación Mujeres Jóvenes

Autoría:

Sarah Lamas (ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8627-8083>)

Coordinación:

Lucía Candeira de Andrés. Lidia González Hernández

Maquetación:

AFP Gestión (Madrid)

NIPO: 050-25-032-X

eNIPO: 050-25-033-5

Depósito Legal: M-17290-2025

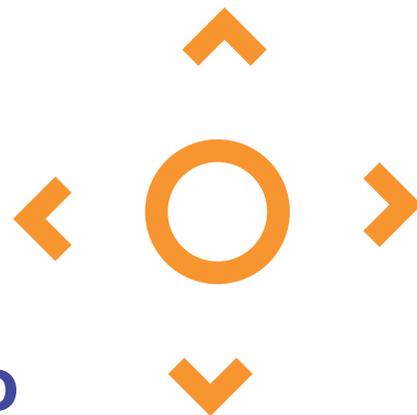


El aborto en ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO



Saludo de la Directora del Instituto de las Mujeres



El derecho al aborto no es una concesión: es la expresión más clara de la libertad, la igualdad y la dignidad de las mujeres. Decidir sobre nuestro cuerpo es -de manera literal- decidir sobre nuestra vida, sobre nuestro presente y nuestro futuro. La lucha por los derechos sexuales y reproductivos ha sido una de las reivindicaciones vertebradoras de la genealogía del movimiento feminista, precisamente porque en ella se juega el corazón de una sociedad democrática: nuestra autonomía, nuestra libertad y nuestra igualdad como ciudadanas. Cada vez que se discute este derecho, se discute en realidad si las mujeres podemos decidir sobre nuestro destino o si debemos seguir sometidas a tuteladas ajenas. Ser dueñas de nuestro cuerpo es el primer paso —y un paso irrenunciable— para ser dueñas plenas de nuestra propia vida.

En España, la historia de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos está escrita con la valentía de las mujeres que en los años 70 del siglo pasado se enfrentaron al silencio, al estigma y a la represión para reclamar el derecho al aborto y la despenalización de los anticonceptivos. Lo hicieron en la clandestinidad más absoluta, arriesgando su libertad y su vida, pero abriendo con su coraje el camino hacia la democracia. Sobre ese esfuerzo se levantó el logro histórico de 1985, cuando la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, reformó el artículo 417 bis del Código Penal y permitió, por primera vez, la despenalización del aborto en tres supuestos. Fue una conquista limitada, pero decisiva: un paso firme en la construcción de la democracia de las mujeres, pese a la feroz reacción y oposición que la conquista de los derechos sexuales y reproductivos siempre han encontrado.

En 2010, esa construcción democrática dio un paso de nuevo gracias al impulso incansable de los movimientos feministas, de profesionales de la salud, de organizaciones sociales, políticas y sindicales. La aprobación de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo marcó un punto de inflexión: por primera vez se reconocía la capacidad de las mujeres para decidir libremente durante las primeras 14 semanas de gestación. Aquella ley fue mucho más que una reforma jurídica: fue el fruto de décadas de lucha frente a resistencias persistentes, y la confirmación de una verdad fundamental e irrenunciable: la democracia solo puede ser plena si las mujeres tienen el derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su proyecto de vida.

En diciembre de 2013, el Consejo de Ministros impulsó el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. Aquel texto suponía un retroceso de 30 años: interrumpir el embarazo dejaba de ser un derecho reconocido en las primeras 14 semanas para volver a ser un delito con solo dos supuestos: violación o “grave peligro para la vida o la salud física o psíquica” de la mujer. Las feministas ya sabíamos, como advirtió Simone de Beauvoir, que los derechos nunca deben darse por conquistados. Aquel intento de retroceso provocó manifestaciones históricas para gritar alto y claro que las mujeres no íbamos a dar un solo paso atrás. La movilización social logró la retirada del anteproyecto y forzó la dimisión del ministro que lo impulsó. Sin embargo, no pudo evitar que en 2015 se recortara el derecho de las mujeres de 16 y 17 años a interrumpir el embarazo sin autorización paterna o materna.

Lejos de detenerse, la lucha feminista transformó aquel obstáculo en la base de nuevas victorias. En 2023 se aprobó una reforma de la ley que recuperaba el derecho de las mujeres de 16 y 17 años a decidir sin consentimiento paterno y que garantizó, además, la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en hospitales públicos. Esta ampliación de la Ley con más derechos, junto a una modificación legal en 2022 con medidas de protección frente al acoso a las mujeres y a los equipos médicos en las clínicas, reafirmó que el derecho al aborto debe ejercerse siempre con seguridad, dignidad y plena garantía de derechos.

Sin embargo, sabemos que la ley, aunque imprescindible, no basta. A pesar de los avances conseguidos, persisten barreras que siguen limitando el ejercicio efectivo de este derecho. La objeción de conciencia regulada por ley, pero con un desarrollo y aplicación muy heterogéneo en las distintas comunidades autónomas, las diferencias territoriales en los itinerarios de acceso y en los métodos disponibles, la insuficiencia de recursos en la sanidad pública y la persistencia del estigma social son solo algunas de las trabas que continúan condicionando la libertad de las mujeres.

Este informe, elaborado por la Federación de Mujeres Jóvenes con el apoyo del Instituto de las Mujeres, identifica y visibiliza las barreras que aún limitan el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Porque solo con un diagnóstico claro podemos impulsar políticas públicas eficaces, y uno de los principales mandatos del Instituto de las Mujeres es precisamente producir y difundir conocimiento que mejore la toma de decisiones, oriente la acción legislativa y fortalezca las políticas de igualdad. Generar evidencia, escuchar a las mujeres y transformar esa experiencia en acción institucional es la mejor garantía para que los derechos se traduzcan en realidades cotidianas.

Vivimos tiempos de ofensiva reaccionaria, en los que los derechos sexuales y reproductivos son los primeros en ser cuestionados y los más expuestos a retrocesos. Este informe es también un homenaje, no solo a quienes abrieron camino, sino, sobre todo, a quienes hoy sostienen esa defensa frente a los intentos de limitarla. Nos recuerda que ningún derecho está definitivamente conquistado: requieren vigilancia, compromiso y acción constante. El derecho al aborto es un pilar de la democracia feminista, y defenderlo no es un gesto del pasado, sino una tarea inaplazable del presente para blindar el futuro. Porque garantizar un acceso seguro y gratuito al derecho al aborto no es solo una cuestión de salud: es la promesa de una democracia plena, donde todas las mujeres podamos vivir libres, iguales y dueñas de nuestro destino.

Cristina Hernández Martín
Directora del Instituto de las Mujeres

índice

| | |
|--|----|
| 0. RESUMEN EJECUTIVO | 12 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 20 |
| 2. OBJETIVOS | 24 |
| 3. METODOLOGÍA | 26 |
| 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO | 27 |
| Selección de perfiles profesionales y participantes | 27 |
| Selección de comunidades autónomas | 30 |
| 3.2. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | 31 |
| 3.3. LIMITACIONES Y ALCANCE DEL ESTUDIO | 31 |
| 4. MARCO LEGISLATIVO DEL DERECHO AL ABORTO EN ESPAÑA | 32 |
| 4.1. EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN ESPAÑA | 33 |
| 4.2. EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS | 35 |

| | |
|--|----|
| 4.3. LEGISLACIÓN ACTUAL DEL DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA | 36 |
| Condiciones legales según plazos y supuestos | 37 |
| Titularidad del derecho | 37 |
| La IVE en centros públicos y la excepción de derivación a privados | 38 |
| Métodos disponibles para la IVE | 38 |
| Objeción de conciencia | 39 |
| Formación a profesionales | 39 |
| Reconocimiento constitucional e internacional | 39 |
| 4.3.1. LEGISLACIÓN RELATIVA A GRUPOS VULNERABLES: MUJERES CON DISCAPACIDAD, MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR Y MENORES DE 18 AÑOS | 40 |
| A) Marco normativo referente a mujeres con discapacidad | 40 |
| B) Marco normativo referente a mujeres en situación administrativa irregular | 41 |
| C) Marco normativo referente a mujeres menores de edad | 42 |
| 5. ¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO CON LA IVE EN ESPAÑA? | 46 |
| 5.1. DESIGUALDADES TERRITORIALES | 48 |
| 5.2. PRIVATIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA IVE | 48 |
| 5.3. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y GARANTÍA DE ACCESO | 49 |
| 6. ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN Y OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A LA IVE EN CUATRO COMUNIDADES AUTÓNOMAS | 52 |
| 6.1. CASTILLA LA MANCHA | 52 |
| 6.1.1. Adaptación autonómica de la ley y circuito en Castilla la Mancha: coincidencias y divergencias entre normativa y práctica | 52 |
| 6.1.2. Barreras y fortalezas del modelo castellano manchego de acceso a la IVE | 54 |
| 6.1.3. Conclusiones y demandas sobre del modelo castellano manchego | 59 |
| 6.2. CANTABRIA | 62 |
| 6.2.1. Adaptación autonómica de la ley y circuito en Cantabria: coincidencias y divergencias entre normativa y práctica | 62 |
| 6.2.2. Barreras y fortalezas del modelo cantabro de acceso a la IVE | 64 |
| 6.2.3. Conclusiones y demandas sobre el modelo cántabro | 69 |
| 6.3. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID | 73 |
| 6.3.1. Adaptación autonómica de la ley y circuito de acceso a la IVE en la comunidad de madrid: coincidencias y divergencias entre normativa y práctica | 73 |

| | |
|--|------------|
| 6.3.2. Barreras y fortalezas del modelo madrileño de acceso a la IVE | 76 |
| 6.3.3. Conclusiones y demandas sobre el modelo madrileño | 81 |
| 6.4. CATALUÑA | 85 |
| 6.4.1. adaptación autonómica de la ley y circuito de acceso a la ive en cataluña: coincidencias y divergencias entre normativa y práctica | 85 |
| 6.4.2. Barreras y fortalezas del modelo catalán de acceso a la IVE | 86 |
| 6.4.3. Conclusiones y demandas sobre del modelo catalán | 89 |
| 7. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS ESPECÍFICAS DE COLECTIVOS VULNERABLES | 94 |
| 7.1. MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR | 95 |
| a) Castilla-La Mancha | 96 |
| b) Cantabria | 97 |
| c) Comunidad autónoma de Madrid | 99 |
| d) Cataluña | 100 |
| 7.2. MUJERES CON DISCAPACIDAD | 103 |
| 7.3. MUJERES JÓVENES DE 16 Y 17 AÑOS | 106 |
| 8. BARRERAS COMUNES EN EL ACCESO AL ABORTO EN ESPAÑA | 111 |
| 8.1. Factores transversales: estigma, moralización y ausencia de voluntad política | 114 |
| 8.2. Conclusiones acerca de las barreras comunes en españa | 114 |
| 9. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS | 116 |
| a. Integración de la IVE en la red sanitaria pública y equidad territorial | 117 |
| b. Regulación efectiva de la objeción de conciencia | 119 |
| c. Formación y capacitación del personal sanitario | 120 |
| d. Información accesible y actualización de protocolos | 121 |
| e. Atención humanizada y libre de estigma | 122 |
| f. Garantía de acceso inclusivo para colectivos vulnerables | 123 |
| g. Educación sexual integral en todos los niveles educativos | 126 |
| 10 BIBLIOGRAFÍA | 128 |

JÓVENES HOY, FEMINISTAS SIEMPRE

Federación Mujeres Jóvenes (FMJ) es un espacio creado por y para mujeres jóvenes feministas de entre 14 y 30 años. Llevamos 40 años luchando por la igualdad real y efectiva de las mujeres jóvenes. Estamos en diez territorios de nuestro país a través de nuestras asociaciones de mujeres jóvenes de Asturias, Euskadi, Valencia, Gran Canaria, Andalucía, Murcia, Madrid, Cataluña, Tenerife y Extremadura. En 2018, Federación Mujeres Jóvenes fue declarada entidad de utilidad pública por el Ministerio del Interior, reconociéndose así nuestra labor y la realización de actividades de interés general.

Nuestras líneas de trabajo están centradas en la prevención, sensibilización, investigación, formación e incidencia política para la consecución de la igualdad de género y la erradicación de las diferentes formas de violencia machista, y nuestras áreas de actuación son: empleo, emancipación, salud, violencia contra las mujeres en cualquiera de sus formas, fomento de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, participación social y política, asociacionismo juvenil, empoderamiento, coeducación, educación afectivosexual, políticas de igualdad, brecha digital de género, etc.

Nuestra meta es promover el cambio de las estructuras sociales, económicas y culturales para lograr la igualdad de género y una sociedad libre de violencias contra las mujeres.

Uno de los fines fundamentales de nuestra entidad, recogido en nuestros estatutos, es contribuir a una educación sexual y afectiva adecuada, al conocimiento del cuerpo más allá de su función reproductiva, la lucha contra la explotación sexual y reproductiva de las mujeres, el acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y a la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). A lo largo de nuestra trayectoria, hemos desarrollado programas, investigaciones y recursos formativos dirigidos tanto a jóvenes como a profesionales, consolidando una experiencia sólida en el ámbito de la salud sexual desde una perspectiva feminista.

En este marco nace el proyecto **#PorNuestrosDerechos**, una iniciativa que surge de la urgencia de trabajar, reivindicar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes en España. **#PorNuestrosDerechos** se plantea como un proyecto integral de educación, sensibilización, análisis e incidencia política, que tiene como eje central la garantía del derecho a un aborto libre, seguro y gratuito.

Desde FMJ entendemos que el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos requiere no solo una legislación adecuada, sino también políticas públicas efectivas, servicios accesibles y recursos específicos para jóvenes. Con este informe, buscamos aportar datos, propuestas y herramientas que contribuyan a transformar el panorama actual y a garantizar que todas las mujeres jóvenes puedan vivir su sexualidad y tomar decisiones sobre sus cuerpos libres de violencia y discriminación.

Porque NUESTROS DERECHOS no se negocian

Manifiesto para una atención integral a la salud sexual y reproductiva de la juventud:

<https://mujeresjovenes.org/wp-content/uploads/2024/05/MANIFIESTO-POR-NUESTROS-DERECHOS-FMJ.pdf>

Más información y recursos en:

<https://mujeresjovenes.org/proyecto/programa-pornuestrosderechos/>

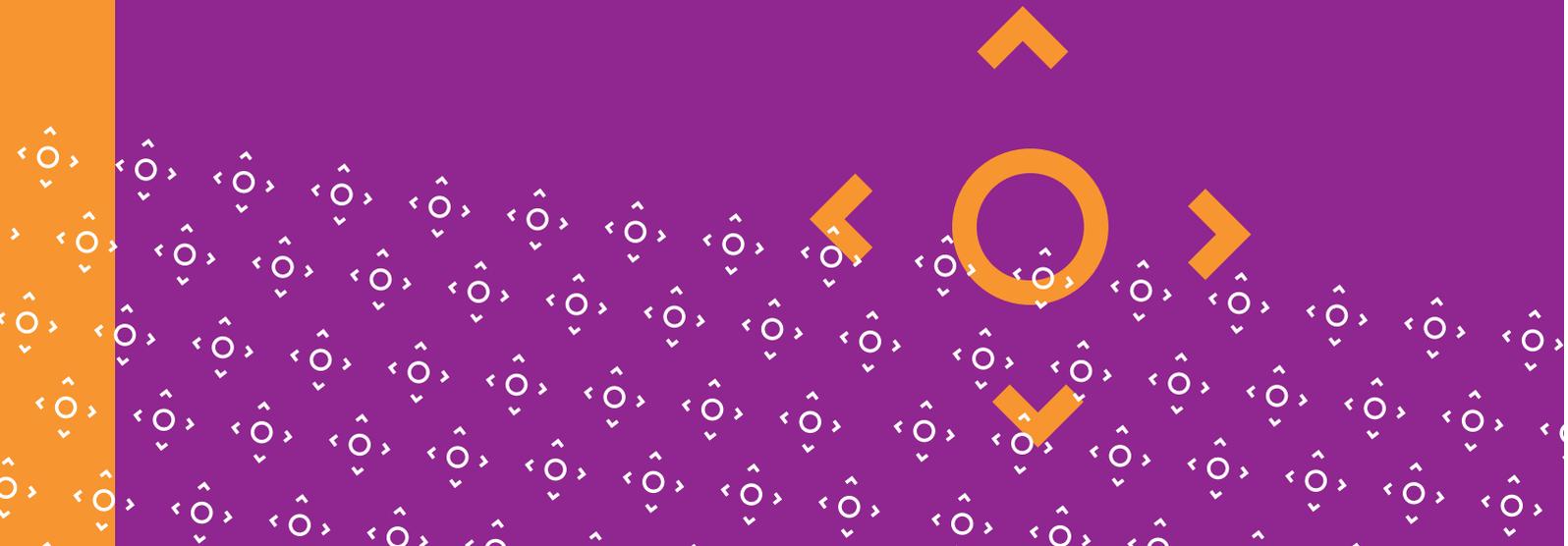
#PorNuestrosDerechos

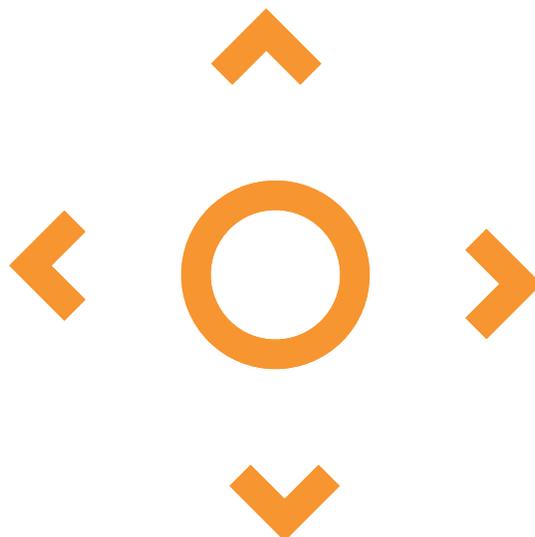
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

0

RESUMEN EJECUTIVO





○ RESUMEN EJECUTIVO

1. Contexto y objetivos

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho reconocido en la legislación española y en los tratados internacionales de derechos humanos. La Ley Orgánica 2/2010 y la Ley Orgánica 1/2023, 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 han configurado un marco normativo que ha consolidado legislativamente este derecho, incluyendo la reciente eliminación de barreras para las mujeres de 16 y 17 años. Sin embargo, la investigación que la Federación Mujeres Jóvenes ha desarrollado en colaboración con el Instituto de las Mujeres ha constatado que este derecho no siempre se ha garantizado en condiciones de igualdad, universalidad y calidad en todo el territorio.

El objetivo de este informe es identificar las barreras que persisten en el acceso a la IVE, y analizar cómo afectan especialmente a mujeres jóvenes, mujeres en situación administrativa irregular y mujeres con discapacidad, y elaborar propuestas concretas para garantizar políticas públicas para un acceso equitativo y efectivo.

2. Metodología

El estudio se ha llevado a cabo mediante una investigación cualitativa y exploratoria. Se han realizado 18 entrevistas en profundidad a profesionales de la sanidad pública y clínicas acreditadas, trabajadoras sociales, ginecólogas, activistas y expertas en derechos sexuales y reproductivos. Estas entrevistas han permitido identificar experiencias concretas, prácticas habituales y percepciones sobre el funcionamiento del sistema de acceso a la IVE.

Asimismo, se han analizado cuatro comunidades autónomas con realidades sanitarias diferenciadas (Castilla-La Mancha, Cantabria, Madrid y Cataluña), seleccionadas con el fin de reflejar distintos modelos de prestación, desde la derivación casi total a clínicas privadas hasta la integración en la red pública.

El análisis se ha completado con una revisión normativa y bibliográfica que ha permitido contextualizar los hallazgos en el marco de la legislación nacional y los convenios internacionales de derechos de las mujeres, así como en relación con las políticas públicas de salud sexual y reproductiva implementadas en España.

3. Principales hallazgos y barreras estructurales:

El acceso a la IVE en España continúa marcado por desigualdades y barreras estructurales que dificultan su integración en el sistema público de salud. Aunque existe un marco legal que lo reconoce, su ejercicio efectivo se ve condicionado por obstáculos comunes que se reproducen en todo el territorio, con distinta intensidad según la comunidad autónoma.

Entre las principales barreras comunes identificadas se encuentran:

- **Externalización del servicio:** Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad (Estadísticas de Interrupción Voluntaria del Embarazo), más del 80% de las IVE se realizan en centros privados acreditados, aunque estén financiadas por el sistema público de salud, lo que evidencia la insuficiente integración en la red pública y refuerza su consideración como una prestación periférica.
- **Desigualdad territorial:** el acceso depende en gran medida del lugar de residencia, lo que genera desigualdades significativas.
- **Objeción de conciencia sin regulación efectiva:** la falta de registros transparentes y de planificación de equipos no objetores provoca bloqueos institucionales en hospitales públicos. Además, la objeción de conciencia se extiende indebidamente a fases del proceso en las que legalmente no debería operar. La Ley reconoce la objeción únicamente respecto a la práctica directa de la IVE, pero no en relación con la obligación de informar o derivar a las mujeres. No obstante, en la práctica se producen situaciones en las que profesionales, alegando objeción de conciencia, se niegan a facilitar la información o a gestionar la derivación, lo que constituye un obstáculo añadido en el acceso efectivo a este derecho.
- **Carencia de formación profesional:** la IVE es marginal en los planes de estudio y en la formación continua del personal sanitario, lo que limita la capacidad de respuesta del sistema.
- **Estigma social e institucional:** persisten prejuicios en la atención sanitaria y discursos que cuestionan su legitimidad, traduciéndose en experiencias de trato discriminatorio y en trámites que añaden presión y barreras sobre las mujeres.
- **Burocracia y desinformación:** la falta de homogeneidad en los itinerarios de acceso, la ausencia de protocolos claros y los retrasos administrativos condicionan el método elegido e incluso el cumplimiento de los plazos legales.

- Impacto desigual en colectivos vulnerables: mujeres jóvenes, migrantes en situación administrativa irregular, menores de edad, mujeres con discapacidad y aquellas sin red de apoyo enfrentan mayores obstáculos, desde trabas burocráticas, espacios no accesibles hasta exclusión efectiva del sistema sanitario.

En conjunto, estas barreras configuran un escenario en el que la IVE, pese a estar reconocida como un derecho de salud sexual y reproductiva de las mujeres, se ejerce de forma desigual y condicionada por factores territoriales, psicosociales y económicos.

4. Análisis territorial del acceso a la IVE

El estudio territorial evidencia con claridad que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España depende en gran medida del lugar de residencia, configurando un escenario de desigualdad geográfica. Las diferencias entre comunidades autónomas son notables y responden tanto a la organización de los servicios sanitarios como a la voluntad política de integrarlos en la red pública.

Castilla-La Mancha: una comunidad con gran ruralidad y dispersión geográfica donde se observa una ausencia casi total de prestación pública, lo que implica la derivación sistemática de las mujeres a clínicas privadas. Esta situación conlleva dificultades añadidas como desplazamientos forzosos —en ocasiones a otras provincias—, costes indirectos y barreras de acceso a la información en centros de atención primaria, donde en muchos casos no existen protocolos claros para orientar a las usuarias.

Cantabria presenta un modelo de acceso a la IVE relativamente integrado en la red pública, con una parte significativa realizadas en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva “La Cagiga”. No obstante, el acceso sigue siendo desigual según el método elegido: mientras que la opción farmacológica está más extendida en la red pública, las mujeres que optan por el aborto instrumental se enfrentan a barreras muy claras, como la necesidad de desplazarse fuera de la Comunidad con el coste económico que ello conlleva y la falta de acompañamiento adecuado durante todo el proceso. A estas dificultades se suman carencias en la formación de los y las profesionales sanitarios y la insuficiente garantía de una información clara y accesible para todas las mujeres.

Madrid: constituye uno de los ejemplos más evidentes de privatización estructural del servicio, con una escasa implicación de los hospitales públicos en la práctica de la IVE. Las mujeres se enfrentan a obstáculos burocráticos que retrasan el acceso, reforzando el estigma y añadiendo una presión social adicional al proceso. Esta situación genera una marcada inequidad territorial, con un impacto especialmente desproporcionado en las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad social y económica.

Cataluña: es el territorio que muestra un modelo más equilibrado, ya que aproximadamente un 40% de las IVE se realizan en hospitales públicos. Aun así, subsisten desigualdades internas entre áreas urbanas y rurales, donde la prestación es más limitada. Asimismo, se identifican barreras vinculadas a la objeción de conciencia y a la falta de homogeneidad en la organización de los circuitos sanitarios.

Este análisis comparado permite constatar que el derecho a la IVE en España no se ejerce en igualdad de condiciones, sino que está profundamente mediado por el contexto territorial. Estas desigualdades refuerzan la necesidad de una planificación sanitaria estatal y de criterios homogéneos de garantía del acceso a la IVE, evitando que la cobertura dependa de la geografía o de la voluntad política de cada administración autonómica.

5. Recomendaciones y propuestas

El informe plantea un conjunto de medidas prioritarias orientadas a garantizar la igualdad, universalidad y calidad en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Estas propuestas buscan abordar tanto las desigualdades territoriales como las barreras estructurales identificadas en el análisis.

Integración plena en la red pública

Es imprescindible que la IVE deje de ser una prestación externalizada y se incorpore de forma estable en la red pública de salud. Para ello, se propone que exista al menos un hospital público por provincia que realice interrupciones voluntarias del embarazo en todas sus modalidades. Esta medida permitiría reducir la dependencia de las clínicas privadas, fortalecer la capacidad de planificación del sistema sanitario y garantizar una atención homogénea en todo el territorio.

Regulación efectiva de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia, reconocida individualmente en la ley, no puede convertirse en un obstáculo colectivo para el acceso a un derecho. Es fundamental la creación de registros oficiales de profesionales objetores, de carácter público y actualizado, que permitan organizar de forma adecuada los equipos no objetores. Asimismo, debe garantizarse que en cada provincia exista un número suficiente de profesionales dispuestos a realizar la IVE, evitando que la objeción suponga en la práctica un veto al servicio.

Formación y capacitación del personal sanitario

El déficit formativo es uno de los principales factores que limitan la atención. Se propone la inclusión de la IVE como contenido obligatorio en los planes de estudio universitarios de medicina, enfermería y matronas, así como en los programas de formación especializada en ginecología y obstetricia. Del mismo modo, es necesario implementar programas de formación continua que actualicen los conocimientos técnicos y promuevan un enfoque respetuoso, basado en derechos y con perspectiva de género.

Protocolos homogéneos e información clara

La falta de homogeneidad en los itinerarios de acceso genera incertidumbre y desigualdad entre las mujeres. Se recomienda la elaboración de protocolos comunes a nivel estatal, adaptados por cada comunidad autónoma, que aseguren circuitos claros, plazos ajustados y procedimientos simplificados. Estos protocolos deben garantizar que la información sobre la IVE esté disponible de forma accesible en todos los niveles del sistema sanitario, especialmente en atención primaria, y que se eliminen requisitos innecesarios que retrasan el acceso.

Atención libre de estigma y con enfoque feminista

La persistencia del estigma institucional sigue siendo una barrera estructural en el acceso a la IVE. Es fundamental promover protocolos de trato respetuoso, confidencial y no discriminatorio, que reconozcan el aborto como parte de la cartera de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica campañas de sensibilización dirigidas a profesionales sanitarios, acciones de acompañamiento a las mujeres durante el proceso y la implementación de sistemas de evaluación que permitan identificar y corregir prácticas discriminatorias.

Acceso inclusivo para colectivos vulnerables

El informe subraya la necesidad de prestar especial atención a mujeres jóvenes, migrantes en situación administrativa irregular, menores de edad y mujeres con discapacidad. Para garantizar un acceso real, se recomienda eliminar trabas administrativas como la exigencia de empadronamiento o tarjeta sanitaria, establecer mecanismos de accesibilidad universal y diseñar protocolos específicos que contemplen la diversidad de situaciones, incluyendo medidas de acompañamiento y apoyo psicosocial. Además es fundamental incorporar protocolos para situaciones de alta vulnerabilidad como mujeres en situación de prostitución o víctimas de violencias sexual.

Educación sexual integral

Finalmente, se considera esencial avanzar en la incorporación de una educación sexual integral en el currículo educativo formal y no formal en todas las etapas educativas, con contenidos estandarizado a nivel nacional sobre salud reproductiva, planificación familiar con perspectiva feminista y el aborto como un derecho de las mujeres.

En conjunto, estas recomendaciones constituyen una hoja de ruta para garantizar que el aborto sea un derecho real y efectivo, accesible en condiciones de igualdad para todas las mujeres, independientemente de su lugar de residencia o de sus circunstancias personales.

6. Conclusiones

El informe constata que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España sigue marcado por desigualdades estructurales y territoriales que limitan la efectividad del derecho reconocido en la ley y en los estándares internacionales de derechos humanos. No se trata de problemas técnicos aislados, sino del resultado de una falta de voluntad política y de un enfoque institucional que continúa tratando la IVE como una prestación excepcional.

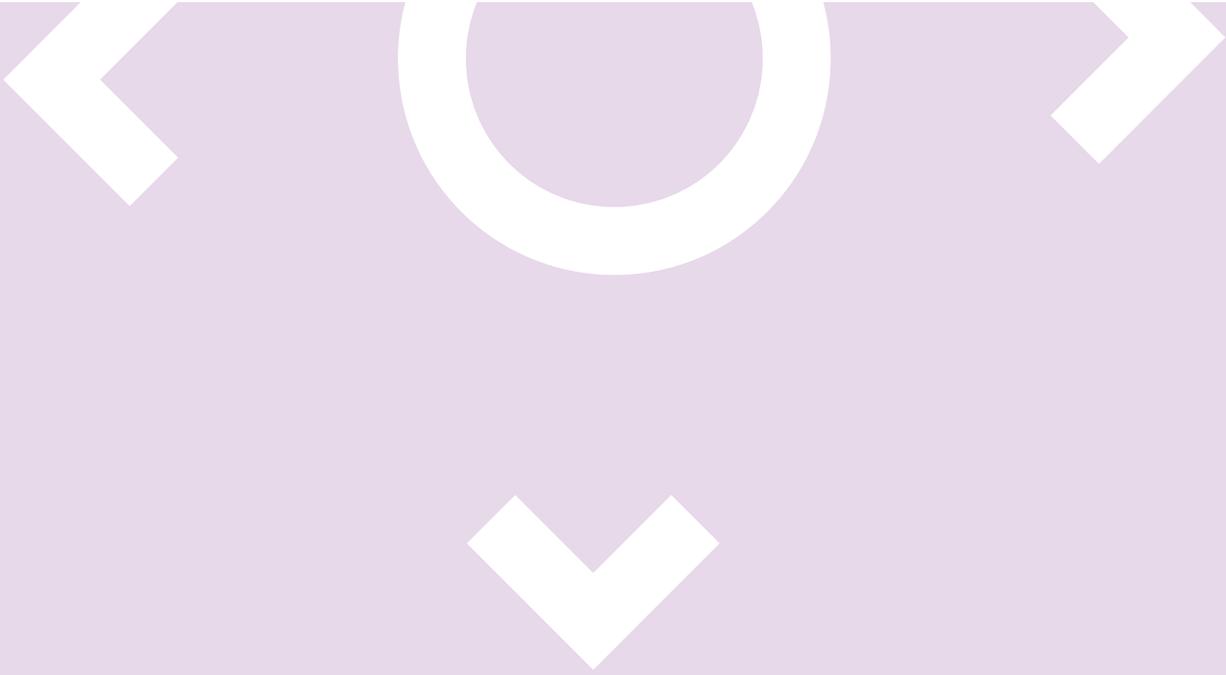
Las principales conclusiones son:

- La excesiva dependencia del sector privado debilita la capacidad del sistema sanitario público para garantizar derechos.
- La falta de homogeneidad territorial convierte el acceso en un “derecho condicionado” por el lugar de residencia.
- La ausencia de protocolos claros y de formación refuerza la inseguridad y el estigma.
- Los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad enfrentan barreras múltiples que los sitúan en mayor riesgo de exclusión sanitaria.

Asegurar un acceso real y efectivo a la IVE exige compromiso político sostenido, recursos suficientes, protocolos homogéneos y formación específica del personal sanitario. Del mismo modo, es imprescindible impulsar un cambio cultural e institucional que destierre el estigma y reconozca la IVE como parte esencial de la salud pública.

El informe ofrece un diagnóstico riguroso de las barreras que persisten y una hoja de ruta concreta para avanzar hacia un modelo de atención igualitario, inclusivo y libre de discriminación.

En definitiva, garantizar el acceso a la IVE no es únicamente una cuestión de política sanitaria, sino una condición indispensable para el ejercicio pleno de la autonomía, la libertad y la dignidad de las mujeres.



***Atención libre de estigma
y con enfoque feminista***

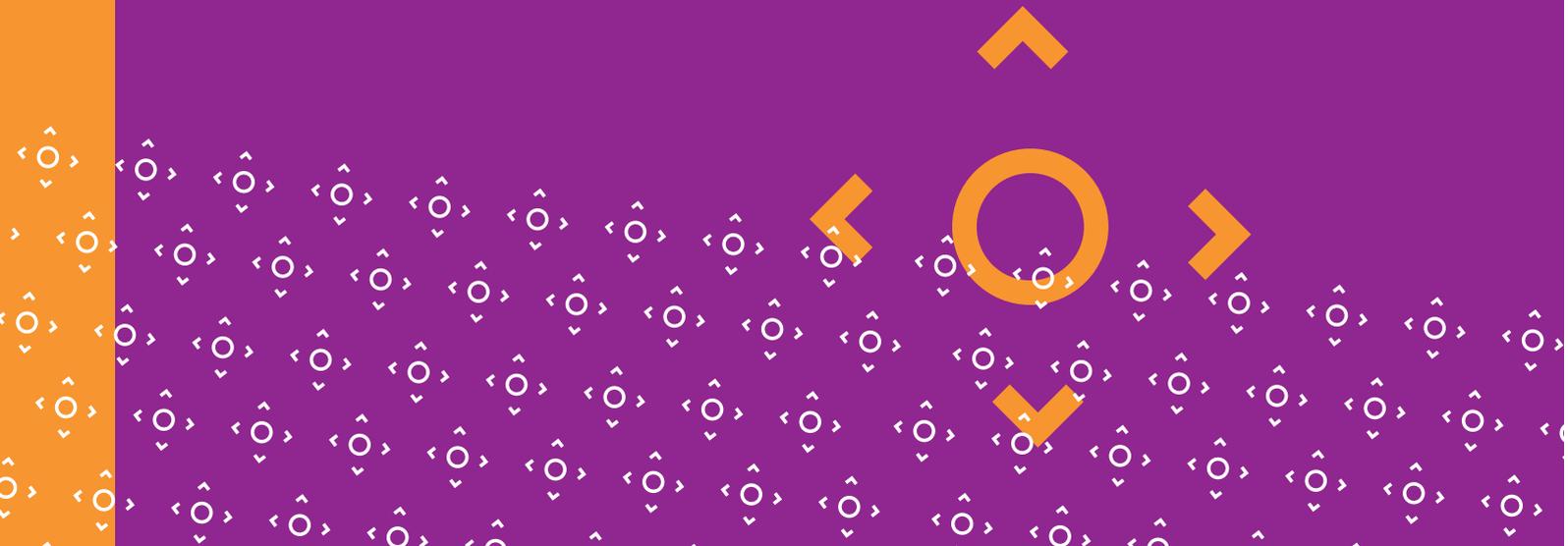


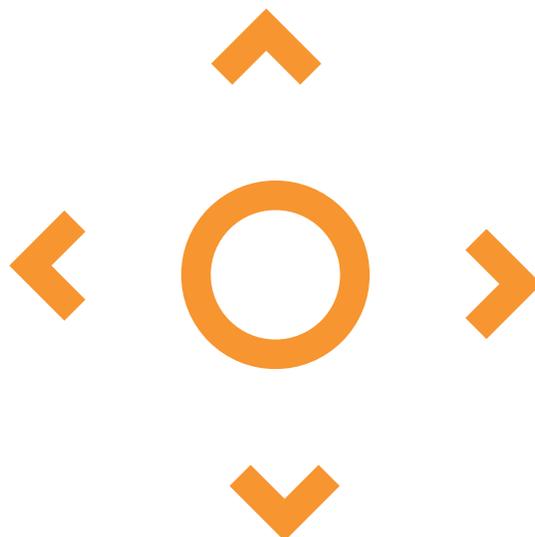
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

1

INTRODUCCIÓN





○ INTRODUCCIÓN

El acceso efectivo a los Derechos Sexuales y Reproductivos constituye hoy uno de los principales desafíos para garantizar la igualdad, la salud y la autonomía de las mujeres, especialmente de las más jóvenes. Asegurar estos derechos es indispensable para avanzar hacia una sociedad más justa, donde se proteja el derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y capacidad reproductiva. Así, los Derechos Sexuales y Reproductivos son mucho más que un marco legal: representan un compromiso ineludible con la igualdad y el respeto a la autonomía personal.

Tal como reconoció Naciones Unidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y ha reafirmado en el marco de la CIPD+30 (2024), los Derechos Sexuales y Reproductivos incluyen el derecho a ejercer la sexualidad de forma segura y sin riesgos, a recibir educación sexual integral, a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, a disfrutar del placer, a decidir libremente si tener o no descendencia, así como a la protección de la maternidad. Corresponde a los Estados asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva sean accesibles, estén disponibles y ofrezcan una atención oportuna, para que los derechos consagrados en los instrumentos internacionales se materialicen en la vida de las personas (FPF, AÑO; ONU, 2024).

En el ámbito jurídico, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece que la salud sexual es un estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia. Además, consagra el derecho de todas las personas a tomar decisiones libres sobre su vida sexual y reproductiva, sin discriminación, obligando a los poderes públicos a garantizar su ejercicio.

En este marco, el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, dispone la incorporación de la educación en salud sexual y reproductiva en las políticas educativas y sanitarias como medida indispensable para la igualdad. Asimismo, el Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PEIEMH) refuerza

este mandato, especialmente a través de la línea DEM 2.2.3 y de la medida 165, que establecen la necesidad de impulsar la educación sexual integral y el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, como elementos esenciales para garantizar derechos, prevenir desigualdades y combatir la violencia contra las mujeres.

Para que este derecho pueda hacerse efectivo, resulta indispensable asegurar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Por ello, el derecho a un aborto libre, seguro y gratuito constituye la piedra angular del programa #PorNuestrosDerechos, desarrollado por Federación Mujeres Jóvenes. Es fundamental velar por que las mujeres jóvenes que decidan ejercer este derecho no sean coaccionadas ni culpabilizadas, así como proteger la salud mental y el bienestar de los profesionales que trabajan en la IVE.

Las últimas investigaciones realizadas en este ámbito señalan disparidades en los recursos disponibles dependiendo del territorio, así como otros obstáculos que, hoy en día, sigue dificultando el acceso a muchas mujeres. Actualmente, los itinerarios y servicios varían significativamente entre comunidades autónomas, generando en algunos casos un obstáculo adicional. Las mujeres afrontan estas dificultades en casi todo el Estado, con el agravante de la escasez de servicios específicos para jóvenes, lo que las obliga a buscar atención en circuitos generales o en Internet.

La implementación de la IVE requiere de rutas claras y con el menor número posible de pasos intermedios, ya que cada derivación adicional puede dificultar o demorar el ejercicio de este derecho. Estas dificultades se intensifican en el caso de mujeres en situación vulnerable, como aquellas sin tarjeta sanitaria, con discapacidad o jóvenes, ámbito en el que Federación Mujeres Jóvenes centrará sus esfuerzos en el marco del programa #PorNuestrosDerechos.

Por otro lado, durante la ejecución del programa anterior se detectaron diversas formas de estigma y acoso hacia profesionales que trabajan en la IVE. Estas acciones, ya sean explícitas como el hostigamiento en los alrededores de las clínicas por grupos antiderechos, o más sutiles como la presión en el entorno laboral por parte de colegas o superiores, afectan tanto al ejercicio del derecho de las mujeres como a la práctica profesional. Por ello, constituyen un aspecto clave que abordar en cualquier estudio sobre los obstáculos que persisten en el desarrollo de la IVE.

Respecto a este contexto, resulta esencial analizar el grado de ejecución e implementación de la Ley Orgánica 1/2023, examinar su despliegue autonómico, identificar necesidades de mejora en las políticas públicas, tanto para las mujeres como para los profesionales, y visibilizar los elementos que actúan como barreras en el acceso al aborto.

En este marco, y en colaboración con el Instituto de las Mujeres, se sitúa el proyecto #PorNuestrosDerechos, orientado a impulsar políticas sociales que garanticen el acceso a la información en materia de educación sexual y reproductiva, a los servicios y programas de salud sexual, y a una educación sanitaria integral que incorpore la perspectiva de género. Asimismo, busca asegurar que tanto el sistema sanitario como los recursos específicos para jóvenes proporcionen información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro, contribuyendo a prevenir infecciones, enfermedades y embarazos no deseados.

El programa #PorNuestrosDerechos se concibe como un recurso de educación y sensibilización en materia de derechos, y especialmente como una puerta de entrada a la red de servicios de

salud sexual y reproductiva, incluida la atención a la IVE y a las ITS, para la población joven. Durante el año pasado, el proyecto se orientó a mapear los servicios disponibles en todo el territorio nacional para mujeres jóvenes, recoger sus demandas y necesidades mediante espacios de encuentro específicos, y generar recursos educativos que faciliten el acceso a sus derechos, tanto a través de recopilatorios de materiales como mediante asesoría directa.

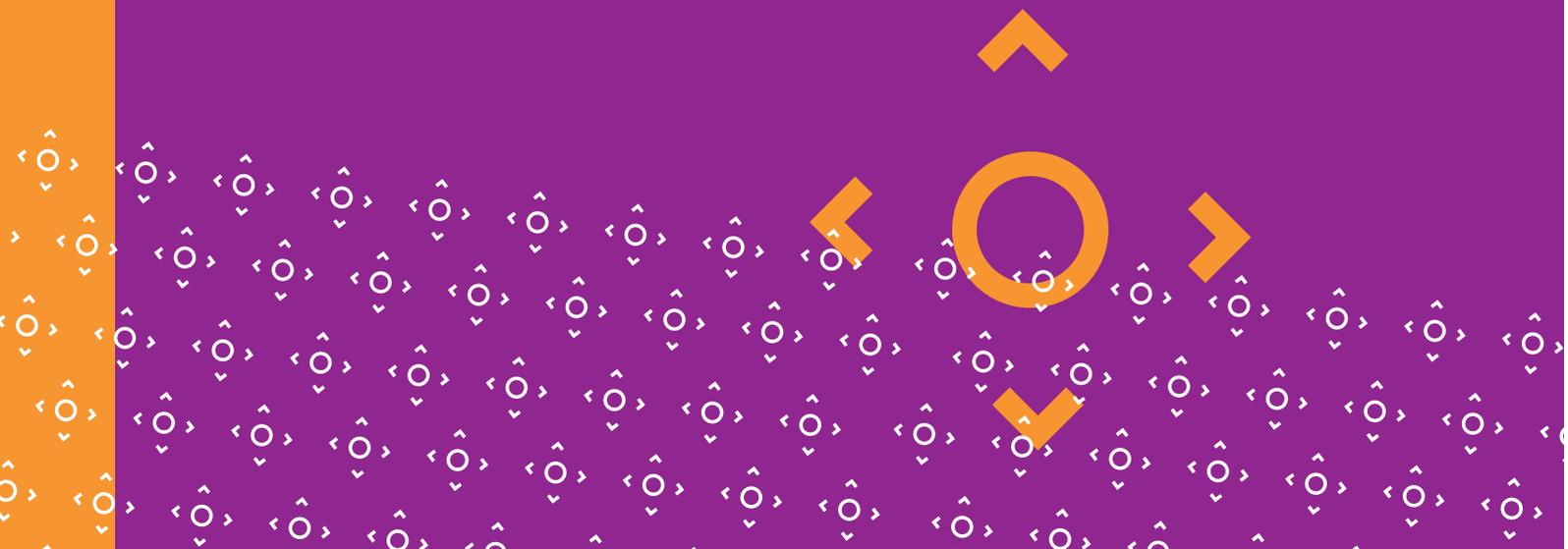
A partir de las demandas identificadas el año anterior, se propone realizar la presente investigación sobre las barreras en el acceso al aborto en España, también con el apoyo del Instituto de las Mujeres, analizando los itinerarios reales que deben recorrer las mujeres, las discrepancias entre estos y los protocolos oficiales publicados por las administraciones, el acoso a profesionales en el sistema público de salud, así como las dificultades específicas derivadas de cuestiones transversales, como la ausencia de tarjeta sanitaria por situación administrativa, la discapacidad o el hecho de ser menor de edad.

EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

2

OBJETIVOS





OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar el acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en las mujeres jóvenes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

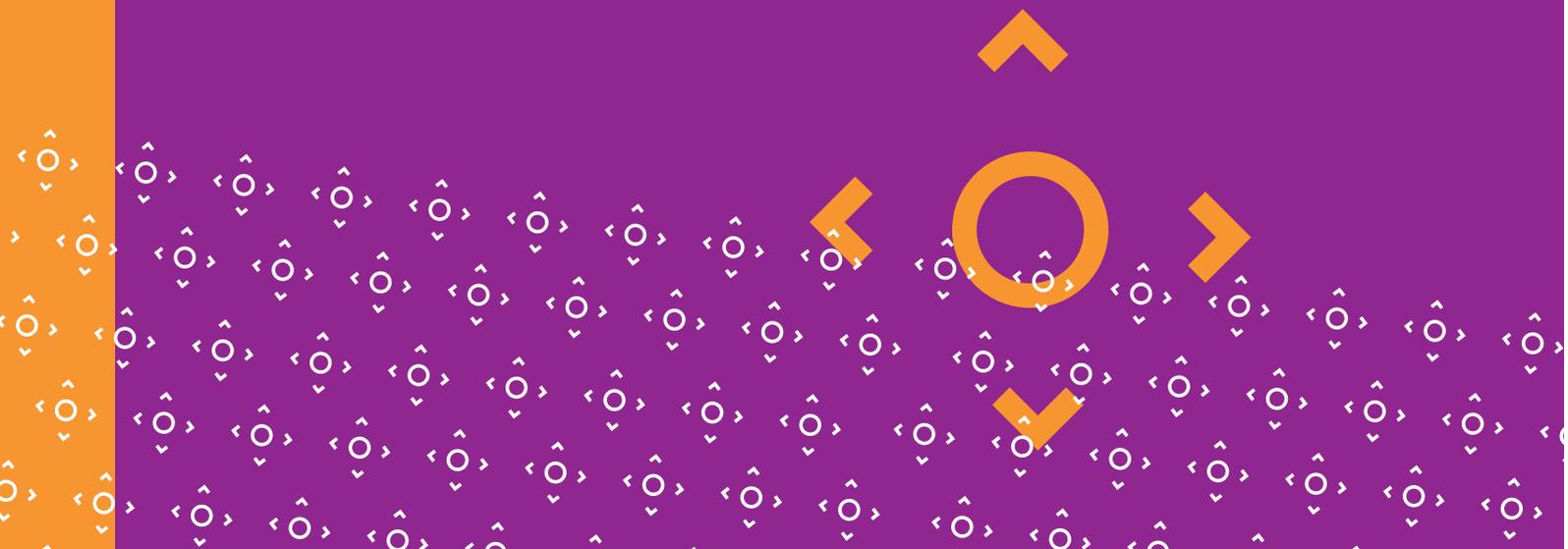
- 1.1. Investigar las barreras y dificultades que encuentran las mujeres hoy en el acceso a la IVE en el estado español, con especial énfasis en las mujeres jóvenes.
- 1.2. Explorar cómo se articulan estas diferentes vías y/o elementos que dificultan y vulneran el derecho a la cobertura sanitaria pública de la IVE en España.
- 1.3. Analizar la disparidad en el acceso a la IVE en el circuito de la sanidad pública en diferentes comunidades autónomas.
- 1.4. Explorar y recoger las realidades y reivindicaciones de las y los profesionales que trabajan en el ámbito de la IVE.
- 1.5. Examinar las dificultades y barreras específicas en el acceso al aborto a las que se enfrentan las mujeres de 16 y 17 años, las mujeres con discapacidad y las mujeres a las que no se les proporciona tarjeta sanitaria por su situación administrativa.
- 1.6. Elaborar propuestas y recomendaciones de políticas públicas dirigidas a eliminar las barreras y dificultades que limitan el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

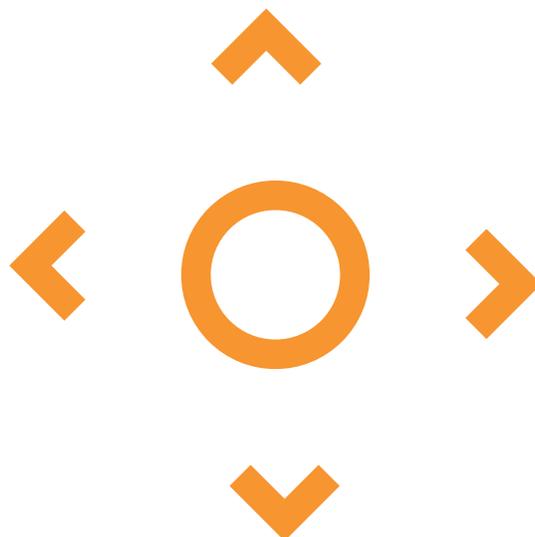
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

3

METODOLOGÍA





○ METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se desarrolla como una investigación cualitativa y exploratoria, orientada a analizar las barreras, dificultades y desigualdades existentes en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el territorio español, con especial atención a las mujeres jóvenes.

La elección de un enfoque cualitativo responde a la necesidad de comprender en profundidad los itinerarios reales, los factores contextuales y las experiencias subjetivas que configuran el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos, dimensiones que difícilmente pueden captarse mediante métodos cuantitativos. Tal y como destacan Guest, Bunce y Johnson (2006), las entrevistas cualitativas permiten alcanzar la saturación temática incluso con muestras moderadas, facilitando una exploración detallada de fenómenos complejos y poco estudiados. Asimismo, según Fusch y Ness (2015), el enfoque cualitativo resulta especialmente indicado para examinar dinámicas sociales tras recientes reformas normativas, como ocurre en este caso tras la aprobación de la 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.

Por tanto, se optó por la realización de entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales implicados en distintos puntos del circuito IVE, complementadas con una revisión bibliográfica exhaustiva que permitió contextualizar los hallazgos y subrayar la escasez de estudios recientes sobre esta temática en España.

SELECCIÓN DE PERFILES PROFESIONALES Y PARTICIPANTES

Para realizar el análisis de los itinerarios en cada comunidad autónoma, se empleó un muestreo intencional orientado a identificar informantes clave que trabajan en el sistema de salud, en cualquier punto del circuito de acceso a la IVE, tanto en entidades públicas como privadas. Se

seleccionaron profesionales sanitarios (ginecología, atención primaria, enfermería), personal de Trabajo Social, administración, gestión y, además, expertos/as estatales en derechos sexuales y reproductivos. Esto permitió contrastar los itinerarios reales que transitan las mujeres con los itinerarios planteados por las instituciones de cada territorio. Así, se diseñó un perfil tipológico que contempló:

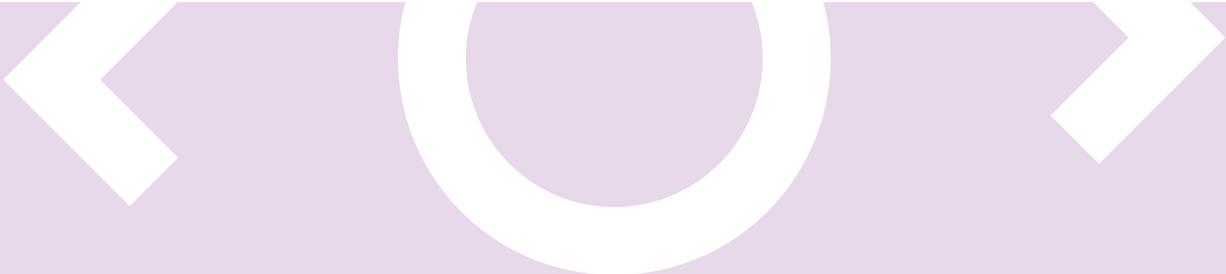
- Profesionales en activo en el circuito IVE.
- Profesionales por cada uno de los puntos del circuito (acceso, intervención, seguimiento) en cada Comunidad Autónoma.
- Diversidad de especialidades y ámbitos (público y privado).
- Representación de las cuatro comunidades autónomas seleccionadas.

Además, se realizan entrevistas a agentes clave estatales para delinear una visión de conjunto del acceso a la IVE. A continuación, se presenta la tabla con la relación de entrevistas realizadas:

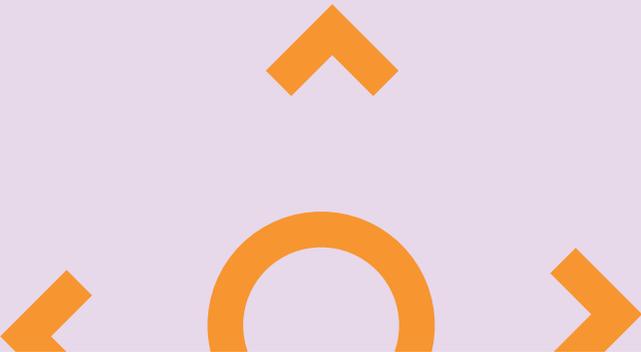
Tabla 1. Relación de entrevistas según variables de segmentación

| Identificador | CCAA | Punto en circuito IVE | Profesión | Ámbito |
|---------------|--------------------|-----------------------|--|-----------|
| CANT_TS | Cantabria | Acceso | Trabajadora Social | Público |
| CANT_ENF | Cantabria | Acceso | Enfermera | Público |
| CANT_GIN | Cantabria | Intervención | Ginecóloga | Público |
| CANT_POL | Cantabria | Gestión | Trabajador de la Consejería de Sanidad | Público |
| CAST_JR | Castilla-La Mancha | Acceso | Abogada | Privado |
| CAST_GIN | Castilla-La Mancha | Intervención | Ginecólogo en clínica acreditada | Privado |
| CAST_EN | Castilla-La Mancha | Acceso | Enfermera | Público |
| CAST_TS | Castilla-La Mancha | Acceso | Trabajadora Social | Público |
| CAT_DIR | Cataluña | Gestión | Director del Plan de Salud Sexual de la Generalitat | Público |
| CAT_OBS | Cataluña | Gestión | Directora del Observatorio DSR – CJAS | Público |
| MAD_GIN | Madrid | Intervención | Ginecóloga | Público |
| MAD_TS | Madrid | Acceso | Trabajadora Social | Público |
| MAD_CAB | Madrid | Acceso | Atención Primaria | Público |
| MAD_PRIV-1 | Madrid | Gestión | Gestora en clínica acreditada | Privado |
| MAD_PRIV-2 | Madrid | Acceso | Técnica Administrativa en clínica acreditada | Privado |
| GEN_EXP-1 | Estatal | General | Psicóloga y Sexóloga – Experta en Derechos Reproductivos | No aplica |
| GEN_EXP-2 | Estatal | General | Psicóloga – Experta en Atención Integral Violencia | No aplica |

Fuente: elaboración propia



***Regulación efectiva de la
objeción de conciencia***



SELECCIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Con el objetivo de capturar la diversidad territorial en los modelos de acceso a la IVE y posibilitar un análisis comparativo de distintos sistemas, se seleccionaron cuatro comunidades autónomas que representan realidades sanitarias y organizativas contrastadas.

Comunidad de Madrid

Se incluyó Madrid por tratarse de una comunidad donde la práctica totalidad de las IVE se realizan en clínicas privadas acreditadas concertadas con el sistema público (99,60 % según el informe de IVE de 2023). Este modelo conlleva barreras específicas, como la debilitación del sistema público de salud, la identificación de las clínicas por parte de organizaciones antiderechos —lo que facilita agresiones y vulneraciones tanto hacia usuarias como hacia profesionales— o la exclusión práctica de mujeres sin tarjeta sanitaria. Sin embargo, presenta también elementos facilitadores, como la mayor rapidez en el proceso, la atención especializada, la disponibilidad de ambos métodos (farmacológico e instrumental) y la accesibilidad directa, ya que en Madrid es posible acudir directamente a las clínicas para recibir la prestación pública.

Cantabria

Se seleccionó Cantabria por presentar la tasa más alta del país de IVE con método farmacológico (96,50 % en 2023), y un porcentaje abrumador de prestación en centros públicos (88,85 %). Según el informe IVE 2023, únicamente se comunicó una IVE con método instrumental en centro público en todo el año, lo que plantea interrogantes sobre la efectiva garantía del derecho de las mujeres a elegir el método. La investigación buscó esclarecer si esta realidad se debe a una ausencia de oferta de la opción instrumental, o si se imponen itinerarios más complejos que disuaden su elección.

Castilla-La Mancha

Esta comunidad fue seleccionada debido a su gran extensión territorial, alto índice de ruralidad y dispersión poblacional. La IVE se presta de forma profundamente desigual: solo hay dos centros concertados con el sistema público en toda la comunidad (en Albacete y Miguelurra), que deben cubrir las necesidades de cinco provincias. Además, uno de estos centros, la clínica de Albacete, es objetivo habitual del acoso de organizaciones antiderechos, lo cual afecta a un área de cobertura muy amplia. La investigación buscó conocer los impactos de este contexto en los itinerarios: los desplazamientos prolongados, los tiempos de espera, la menor disponibilidad de redes de apoyo al tener que viajar, la necesidad de pernoctar fuera tras la intervención y las barreras económicas adicionales derivadas.

Cataluña

Finalmente, se seleccionó Cataluña para analizar en profundidad su modelo público de atención a la salud sexual y reproductiva, basado en centros específicos como los ASSIR (centros de Atención a la salud sexual i reproductiva) y los CJAS (Centros Jóvenes de Atención a la Sexualidad), distribuidos tanto en grandes núcleos urbanos como en zonas rurales. Si bien el modelo ofrece un acceso próximo a la atención y servicios de asesoramiento, los datos del informe IVE 2023 muestran que los abortos instrumentales se derivan a centros privados concertados, por lo que en los centros específicos solo se estaría ofreciendo el método farmacológico. Este estudio exploró los itinerarios diferenciados según método, identificando tanto barreras como elementos facilitadores, y analizó la posible desigualdad en el acceso entre áreas urbanas y rurales. Esta comparación ha permitido generar propuestas sobre buenas prácticas y sobre obstáculos que eliminar en el desarrollo de políticas públicas.

3.2. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El trabajo de campo se realizó durante los meses de marzo y abril de 2025. Se llevaron a cabo un total de 18 entrevistas en profundidad y semiestructuradas, priorizando su realización presencial y recurriendo a la modalidad online solo en aquellos casos donde no era posible el desplazamiento. Las entrevistas se organizaron en bloques temáticos alineados con los objetivos del estudio, incorporando un módulo específico para explorar las realidades de mujeres menores de edad, mujeres con discapacidad y mujeres sin tarjeta sanitaria.

Todas las entrevistas fueron transcritas de forma íntegra y sometidas a un proceso de codificación temática utilizando el software MAXQDA, siguiendo un enfoque inductivo conforme a las fases establecidas por Braun y Clarke (2006). Este procedimiento permitió identificar categorías emergentes relativas a barreras territoriales, institucionales y sociales, así como comprender el impacto diferencial en mujeres jóvenes y otros colectivos vulnerables. A su vez, se integró la revisión bibliográfica normativa y técnica, constatándose la escasez de estudios centrados en el acceso a la IVE, sobre todo, desde la reforma legislativa de 2023.

3.3. LIMITACIONES Y ALCANCE DEL ESTUDIO

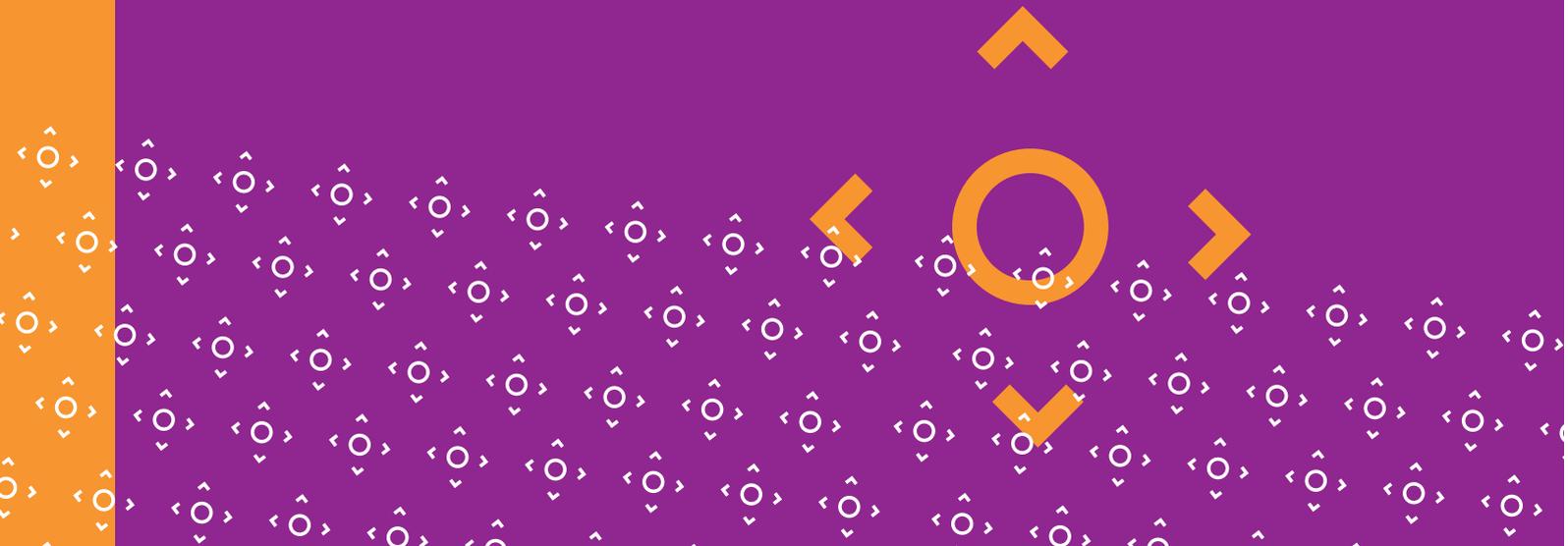
Este trabajo se presenta como un estudio exploratorio, lo que conlleva algunas limitaciones inherentes, como el número de entrevistas por CCAA o la variabilidad territorial que dificulta capturar exhaustivamente todas las casuísticas. No obstante, la diversidad de perfiles entrevistados, su distribución territorial y el rigor en el análisis temático confieren a los resultados una solidez cualitativa que permite extrapolar los hallazgos sobre las principales barreras estructurales a las que se enfrentan las mujeres en el acceso a la IVE en el estado español, aportando evidencia valiosa para orientar futuras políticas públicas.

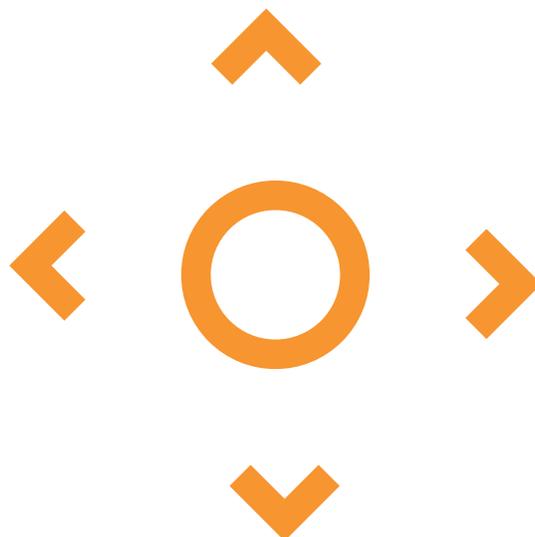
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

4

**MARCO LEGISLATIVO
DEL DERECHO AL
ABORTO EN ESPAÑA**





○ MARCO LEGISLATIVO DEL DERECHO AL ABORTO EN ESPAÑA

4.1. EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN ESPAÑA

La regulación legal del aborto en España ha transitado por un proceso de transformación profunda desde su penalización absoluta durante el franquismo hasta su configuración actual como un derecho de las mujeres. Uno de los antecedentes históricos más relevantes se produjo en 1936, cuando la Generalitat de Cataluña legalizó el aborto libre durante las primeras doce semanas de gestación mediante un decreto pionero impulsado en el contexto de la Segunda República. Esta iniciativa promovida por la ministra Federica Montseny —anarquista y militante de la Confederación Nacional del Trabajo (CNT)— tuvo una aplicación limitada debido al contexto de la Guerra Civil y fue finalmente derogada con la instauración del régimen franquista (Campelo, 2024; Cátedra de Género, s.f.; Generalitat de Cataluña, 1936/1937).

Durante el franquismo (1939–1975), el aborto fue penalizado de forma absoluta, al igual que la distribución y promoción de anticonceptivos. La maternidad fue exaltada como función social primordial de la mujer y respaldada por un aparato normativo y propagandístico que excluía toda autonomía reproductiva (Barrera López, 2024).

No es hasta 1985 que se abre la vía de la despenalización con la aprobación de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Esta normativa elimina la pena al aborto en tres supuestos: (1) riesgo para la salud física o psíquica de la mujer; (2) violación, denunciada previamente y dentro de las primeras 12 semanas; y (3) malformaciones fetales graves, hasta las 22 semanas (Ley Orgánica 9/1985). Esta ley, aprobada bajo el mandato del PSOE, fue recurrida ante el Tribunal Constitucional por Alianza Popular, precursora del actual Partido Popular, lo que retrasó su aplicación efectiva hasta 1987 (Sánchez Hernández, 2016).

En 1995, el Gobierno del PSOE pretendió ampliar los supuestos permitidos, incluyendo la posibilidad de abortar por motivos sociales, personales o familiares. Sin embargo, la iniciativa quedó bloqueada por la disolución anticipada de las Cortes ese mismo año y la posterior victoria electoral del Partido Popular (El País, 1995).

En 2010, el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero aprobó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que introdujo un sistema de plazos y reconoció el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo hasta la semana 14, con condiciones informativas y un período de reflexión de tres días. Entre las semanas 14 y 22, el aborto se permite por razones médicas, y tras la semana 22, en supuestos muy excepcionales. Esta norma también reconoció la capacidad de decisión a las mujeres de 16 y 17 años, con obligación de informar a sus representantes legales.

La Ley Orgánica 2/2010 supuso un cambio de paradigma en tanto que instituyó el aborto como derecho de las mujeres, quienes podían por vez primera realizar la interrupción de manera voluntaria, sin necesidad de justificación, aunque se limitara en un número de semanas establecido.

Este aspecto es el pilar fundamental del cambio legislativo y supone un cambio radical en la política sanitaria española y de derechos de las mujeres (Instituto Guttmacher, 2010). Tanto es así que fue considerada como una de las normativas más progresistas de Europa en su momento. Además, la nueva normativa integró el aborto en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, reconociéndolo como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y como un servicio de atención a la salud que debe ser protegido y ofrecido por la Sanidad Pública (Sánchez-Miret, 2011; Ministerio de Sanidad, 2011).

Este paso del sistema de supuestos a uno de plazos, donde la normativa se construye en base a la decisión de la mujer, generó una reacción adversa por parte de sectores conservadores, incluyendo manifestaciones multitudinarias y amenazas de excomunión por parte de la Conferencia Episcopal a los legisladores/as que votaran a favor (El Diario, 2015).

Así las cosas, tres años más tarde, durante el gobierno del Partido Popular, se impulsó un anteproyecto de ley, liderado por el ministro Alberto Ruiz-Gallardón, que pretendía recuperar el sistema de supuestos, eliminando el derecho a decidir voluntariamente por parte de las mujeres. El anteproyecto fue rechazado de forma masiva por el movimiento feminista y tuvo como respuesta la acción colectiva del “Tren de la Libertad”, acción que culminó en una de las manifestaciones feministas más multitudinarias hasta entonces. De esta forma, la presión social provocó la retirada del proyecto y la dimisión del ministro Gallardón (El Diario, 2015). No obstante, en 2015, el Partido Popular aprobó una reforma parcial que eliminó la autonomía de las menores de 16 y 17 años para abortar, exigiendo el consentimiento paterno o de sus representantes legales (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).

Finalmente, durante el Gobierno de coalición PSOE-Unidas Podemos, se aprobó la 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.

Esta normativa no solo introdujo modificaciones técnicas, sino que supuso un nuevo cambio de paradigma en el abordaje jurídico de la interrupción voluntaria del embarazo en España en

tanto que sitúa los derechos sexuales y reproductivos dentro del marco general de los derechos humanos (Instituto Guttmacher, 2023).

Esta norma restableció la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años para decidir sin consentimiento parental, eliminó el período obligatorio de reflexión y reconoció la salud menstrual como un derecho específico. Además, consolidó el aborto como una prestación garantizada en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo mecanismos estructurales como el registro de objetores de conciencia y la obligación de disponibilidad en centros públicos o acreditados (BOE, 2023).

Como se ha comentado, la LO 1/2023 enmarca los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, añadiendo, además, una perspectiva interseccional y de salud integral, de acuerdo con las recomendaciones de organismos internacionales como el CEDAW o la OMS. Se reconoce, así, que la autonomía reproductiva es esencial para el libre desarrollo de la personalidad y la igualdad efectiva de las mujeres, vinculando directamente la libertad de decidir con la dignidad y ciudadanía plena (BOE, 2023).

4.2. EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Aunque los avances legislativos han sido sustanciales, la implementación efectiva del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo ha estado condicionada por la existencia o ausencia de políticas públicas coherentes y aplicables.

En el marco de la Ley Orgánica 2/2010, se promovió la inclusión de la IVE como prestación sanitaria pública, lo que significaba su financiación por el Sistema Nacional de Salud. La primera estrategia nacional en este ámbito fue la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2011, que sentó las bases para una acción integral (Ministerio de Sanidad, 2011). Sin embargo, su desarrollo fue muy limitado y desigual entre comunidades autónomas (FPFE, 2019). Muchas comunidades autónomas no desarrollaron protocolos específicos ni garantizaron la existencia de centros públicos que ofrecieran esta intervención. Esto obligó a recurrir en muchos casos a conciertos con clínicas acreditadas privadas, lo que limitó el acceso efectivo, especialmente en zonas rurales o con elevada objeción de conciencia institucional (ACAI, 2014; FPFE, 2019). Cabe señalar que la actualización de esta estrategia para el período 2025-2030 se encuentra actualmente en trámite, manteniendo la IVE como una cuestión prioritaria y realizando un llamamiento a una imprescindible respuesta institucional, social y cultural decidida.

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023, se han reforzado varias políticas públicas orientadas a garantizar una mayor equidad y eficacia en el ejercicio del derecho al aborto. La nueva ley establece la obligación de que existan centros públicos o acreditados en todas las capitales de provincia, así como un registro obligatorio de objetores de conciencia, aplicable tanto en el ámbito público como en el privado, con el objetivo de evitar la saturación de clínicas privadas y asegurar un acceso territorialmente equitativo (BOE, 2023). No obstante, la implementación autonómica de estos mandatos es irregular dependiendo del territorio, como veremos a lo largo del informe.

Asimismo, se han establecido políticas públicas vinculadas al derecho a la salud menstrual, como las bajas laborales por menstruación incapacitante, la provisión gratuita de productos de

higiene menstrual en centros educativos y penitenciarios, y el reconocimiento explícito de la salud menstrual como parte del derecho a la salud. También se ha reforzado la inclusión de la educación sexual integral en todas las etapas educativas obligatorias, siguiendo las recomendaciones de la OMS y del Comité CEDAW (OMS, 2022; CEDAW, 2015).

Otro avance significativo ha sido la consolidación del enfoque interseccional en las políticas públicas, lo que implica tener en cuenta variables como la edad, la discapacidad, el origen nacional, la situación socioeconómica o administrativa y otros ejes de discriminación. En esta línea, la ley garantiza apoyos adecuados para que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su derecho a decidir, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

En conjunto, la evolución de las políticas públicas ha sido más irregular y fragmentada que la de la legislación. No obstante, las reformas más recientes apuntan a una mayor coherencia entre norma y práctica, con un énfasis creciente en la autonomía personal y en la garantía institucional del derecho a decidir. El objeto del presente estudio es, precisamente, analizar la eficacia de las políticas públicas desarrolladas y la aplicación de este nuevo marco de derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

4.3. LEGISLACIÓN ACTUAL DEL DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA

El marco legal que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España ha experimentado una transformación significativa con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta reforma consolida un modelo centrado en los derechos sexuales y reproductivos, reconociendo la IVE no como una excepción jurídica o sanitaria, sino como una prestación garantizada dentro del Sistema Nacional de Salud y como expresión directa de los principios de autonomía, dignidad, libertad e igualdad.

El artículo 1 de la Ley Orgánica 2/2010, en su redacción vigente tras la reforma de 2023, establece que el objeto de la norma es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como regular las condiciones del acceso a la IVE. Este derecho se enmarca dentro de una concepción integral de salud que incluye dimensiones físicas, psíquicas y sociales, y que debe ejercerse libremente, sin discriminación, coacción ni violencia.

El artículo 3 refuerza esta perspectiva al enumerar los principios rectores de la ley: la garantía de los derechos humanos, el enfoque de género, la no discriminación, la equidad territorial, la accesibilidad y el empoderamiento de las mujeres. Además, se reconoce expresamente que el acceso a estos derechos corresponde a todas las personas que se encuentren en España, con independencia de su nacionalidad o situación administrativa (art. 3.2). Así, el aborto voluntario se integra como un derecho subjetivo exigible en el ámbito sanitario público, y no como un supuesto despenalizado bajo condiciones excepcionales.

CONDICIONES LEGALES SEGÚN PLAZOS Y SUPUESTOS

La Ley Orgánica 2/2010, en su versión consolidada, establece un modelo de plazos y supuestos clínicos. Este modelo garantiza la autonomía de la mujer durante las primeras semanas del embarazo, e introduce requisitos médicos y garantías institucionales para los casos posteriores.

i) Aborto libre hasta la semana 14

Se reconoce el derecho de toda mujer a interrumpir voluntariamente su embarazo hasta la semana 14 de gestación, sin necesidad de alegar causa alguna. La reforma de 2023 elimina dos requisitos previamente obligatorios: el período mínimo de reflexión de tres días y la entrega obligatoria de información sobre ayudas a la maternidad. Esta información solo se ofrece si la mujer la solicita, reafirmando su autonomía y evitando barreras simbólicas o administrativas.

ii) Entre la semana 14 y la 22: motivos médicos

El aborto podrá realizarse entre las semanas 14 y 22 de gestación cuando exista grave riesgo para la vida o salud de la mujer, incluida su salud mental, o cuando se detecten anomalías fetales graves. Estos diagnósticos deben ser emitidos por dos profesionales distintos a quienes practiquen la intervención, garantizando así imparcialidad y seguridad clínica.

El concepto de “salud de la mujer” se interpreta de forma amplia, incluyendo el bienestar físico, psíquico y social. Esto permite el encuadre de patologías de salud mental como causa legítima para autorizar la IVE en este periodo, siempre que el diagnóstico esté debidamente fundamentado y documentado.

iii) A partir de la semana 22: supuestos excepcionales

Se regula la posibilidad de interrumpir el embarazo más allá de la semana 22 en dos supuestos:

- Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, o
- Cuando exista una enfermedad fetal extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

En estos casos, la ley exige la validación por un comité clínico multidisciplinar, designado por la administración sanitaria competente, que deberá emitir un informe con carácter previo a la intervención.

TITULARIDAD DEL DERECHO

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo está reconocido para todas las mujeres, con especial regulación para los casos de menores de edad y mujeres con discapacidad. La Ley Orgánica 1/2023 establece que las mujeres a partir de los 16 años pueden decidir de forma autónoma sobre la IVE, sin necesidad del consentimiento de sus progenitores o representantes legales.

El derecho a la IVE se extiende, además, a todas las personas que se encuentren en territorio español, independientemente de su nacionalidad, situación administrativa o edad, conforme al artículo 3.2. Esto implica que las mujeres extranjeras, incluidas aquellas en situación administrativa irregular, pueden acceder a la prestación sanitaria conforme a la normativa vigente en materia de salud.

Por otro lado, el artículo 9 bis garantiza el derecho de las mujeres con discapacidad a decidir por sí mismas, con los apoyos adecuados y sin que pueda imponerse un consentimiento sustitutivo. Este mandato se alinea con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y excluye cualquier forma de tutela o representación forzada.

LA IVE EN CENTROS PÚBLICOS Y LA EXCEPCIÓN DE DERIVACIÓN A PRIVADOS

Uno de los pilares de la reforma legal es la garantía efectiva del acceso a la IVE dentro del Sistema Nacional de Salud. La ley establece que las administraciones sanitarias deben asegurar la prestación en instalaciones públicas, de manera que el aborto forme parte de la atención sanitaria ordinaria, en condiciones de igualdad y equidad territorial.

El artículo 19 establece que en cada provincia deberá haber al menos un centro público de referencia donde se garantice la práctica de la IVE. Sin embargo, incluye una excepción por la cual aquellos casos en los que no sea posible realizar el procedimiento en un centro público, se permitirá la derivación a un centro acreditado privado, respetando los principios de calidad, proximidad y accesibilidad para la usuaria.

MÉTODOS DISPONIBLES PARA LA IVE

La legislación no prescribe un método único para llevar a cabo la interrupción del embarazo, sino que permite el uso de distintas técnicas de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos. Los dos métodos fundamentales reconocidos y utilizados en España son el farmacológico y el quirúrgico o instrumental.

i) Método farmacológico

Este procedimiento es preferente hasta la semana 9 o 10 de gestación, aunque algunos protocolos autonómicos permiten su uso hasta la semana 14. Se basa en la administración combinada de mifepristona y misoprostol. Habitualmente, la primera dosis se administra en un centro acreditado y la segunda puede ser autoadministrada en el domicilio, según normativa autonómica y bajo seguimiento sanitario (Ministerio de Sanidad, 2024).

ii) Método quirúrgico o instrumental

Este método, basado en la aspiración intrauterina o, en algunos casos, en la dilatación y legrado, se utiliza con mayor frecuencia a partir de la semana 14, aunque también puede emplearse en fases iniciales si así se decide clínicamente y así lo decide la mujer. Se realiza en un entorno hospitalario o quirúrgico bajo anestesia y

supervisión médica especializada. En algunos casos, se puede recurrir a un uso combinado de ambos métodos, según las circunstancias clínicas y preferencias de la mujer (OMS, 2021; ACAI, 2019).

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La reforma operada por la Ley Orgánica 1/2023 introduce una regulación detallada de la objeción de conciencia del personal sanitario. Se reconoce este derecho como individual, pero se establecen mecanismos claros para evitar que su ejercicio obstaculice el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo.

El artículo 19 bis establece que quienes deseen ejercer la objeción de conciencia deben manifestarlo por escrito y con antelación, inscribiéndose en un registro específico gestionado por cada administración sanitaria. Este requisito tiene como finalidad garantizar la seguridad jurídica tanto para el personal como para las usuarias.

Es fundamental hacer referencia a que la objeción solo es válida para la intervención directa en la IVE, no para otras funciones asociadas (información, derivación, gestión). Además, se prohíbe expresamente la objeción colectiva o institucional, en consonancia con el principio de equidad en el acceso a la prestación.

El artículo 19 refuerza esta regulación, señalando que la organización de los servicios públicos debe asegurar que la objeción individual no derive en la imposibilidad práctica de acceder a la IVE, ni en la derivación sistemática a clínicas privadas.

FORMACIÓN A PROFESIONALES

La ley vigente también presta atención a la formación del personal sanitario y educativo. En el marco de las políticas públicas de promoción de la salud sexual y reproductiva, establece la obligación de incorporar contenidos formativos específicos sobre esta materia en las áreas de ciencias jurídicas, ciencias sociales y educación.

Esta previsión incluye explícitamente la necesidad de formar a profesionales en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, así como en el conocimiento del marco legal de la IVE. De esta manera, se garantiza una intervención profesional informada, respetuosa y ajustada a la normativa vigente.

Asimismo, se promueve la formación del personal sanitario en ginecología y obstetricia, con perspectiva de género y derechos humanos, para garantizar una atención integral y de calidad en todas las fases del proceso asistencial.

RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL E INTERNACIONAL

En el ámbito internacional, la normativa española se ajusta a los compromisos asumidos por el Estado a través de tratados como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ambos instrumentos insisten en la obligación de los Estados de eliminar barreras al acceso al aborto seguro y legal, proteger la autonomía reproductiva y asegurar el acceso igualitario a los servicios de salud.

La ley también recoge el enfoque del Convenio de Estambul, al reconocer como formas de violencia contra las mujeres prácticas como el aborto forzoso, la esterilización forzada y la gestación por sustitución, e introduce medidas específicas de prevención y reparación frente a dichas vulneraciones.

En el año 2024, el Tribunal Constitucional emitió su fallo sobre el recurso de inconstitucionalidad presentado contra la Ley Orgánica 1/2023, desestimando todos los argumentos planteados y avalando la constitucionalidad de las reformas introducidas por dicha norma. De este modo, el Tribunal reafirmó la legalidad y coherencia de la Ley Orgánica 1/2023, confirmando que las modificaciones a la normativa previa sobre salud sexual y aborto son plenamente constitucionales.

4.3.1. LEGISLACIÓN RELATIVA A GRUPOS VULNERABLES: MUJERES CON DISCAPACIDAD, MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR Y MENORES DE 18 AÑOS

A) MARCO NORMATIVO REFERENTE A MUJERES CON DISCAPACIDAD

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ya reconocía el derecho de todas las mujeres a decidir libremente sobre su maternidad, estableciendo que la interrupción del embarazo debe realizarse con el consentimiento libre, informado y personal de la mujer. Esta ley estableció que los poderes públicos deben garantizar la eliminación de toda forma de discriminación «con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios» (Ley Orgánica 2/2010).

La reforma introducida por la Ley Orgánica 1/2023 supuso un avance significativo en la protección de los derechos de las mujeres con discapacidad. Entre otras medidas, se eliminó la exigencia de autorización por parte de tutores o representantes legales para que las mujeres con discapacidad pudieran acceder a una interrupción voluntaria del embarazo. De este modo, se garantiza que puedan decidir por sí mismas, al igual que las mujeres mayores de 16 años.

Esta reforma responde a las recomendaciones emitidas por órganos internacionales como el Comité de la CEDAW y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, que ya habían advertido a España en 2015 sobre la irregularidad que suponía imponer el consentimiento de terceros en estos casos en cuanto a los principios de igualdad y no discriminación (CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 2015). Sin embargo, es importante señalar que la nueva normativa deja espacio para el consentimiento por representación en algunas situaciones excepcionales, aunque indica que siempre debe estar orientado hacia las preferencias de la persona (art. 9.7 Ley 41/2002).

Además, la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, ha sido clave para alinear el ordenamiento jurídico español con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), especialmente con su artículo 12, que reconoce el derecho de todas las personas a ser titulares y ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones. La reforma sustituye el antiguo sistema de incapacitación judicial por un sistema de apoyos individualizados, centrados en la voluntad y preferencias de la persona, eliminando la tutela e

incapacitación. Esto significa que las mujeres con discapacidad tienen derecho a decidir sobre su salud reproductiva con los apoyos que requieran, pero sin que su voluntad sea sustituida por terceros (Ley 8/2021; CDPD, 2006).

En conjunto, el marco normativo actual refuerza la autonomía reproductiva de las mujeres con discapacidad, aunque siguen existiendo supuestos de apoyo representativo excepcional y resistencias que dificultan la aplicación efectiva de estos derechos. Es en esta excepción donde toma especial relevancia analizar si se está cumpliendo con el derecho a decidir de las mujeres con discapacidad o aplicando el margen a la excepcionalidad en casos donde no debiere. Asimismo, es necesario evaluar si las políticas públicas y los protocolos de aplicación del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) están garantizando un acceso real y efectivo para estas mujeres.

B) MARCO NORMATIVO REFERENTE A MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

La 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, refuerza el principio de universalidad y no discriminación en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En particular, su artículo 3.2 establece: «Los derechos previstos en esta ley orgánica serán de aplicación a todas las personas que se encuentren en España, con independencia de su nacionalidad, de si disfrutan o no de residencia legal o de si son mayores o menores de edad, sin perjuicio de las precisiones establecidas en el artículo 13 bis, y siempre de acuerdo con los términos previstos en la legislación vigente en la materia sanitaria.»

Este mandato implica que todas las mujeres, incluidas aquellas que no disponen de tarjeta sanitaria o se encuentran en situación administrativa irregular, tienen derecho a acceder a la IVE en condiciones de igualdad, siempre que se encuentren en territorio español.

Este enfoque se encuentra plenamente alineado con lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como con el principio de universalidad reforzado por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece que el acceso a la asistencia sanitaria pública debe vincularse al criterio de residencia en España, sin que la condición administrativa o la existencia de aseguramiento actúen como criterios excluyentes.

La IVE forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, por lo que se trata de una prestación incluida entre aquellas garantizadas por el sistema sanitario público, sin necesidad de acreditar la situación migratoria ni disponer de autorización de residencia.

Un aspecto fundamental introducido por la Ley Orgánica 1/2023 es el reconocimiento de la IVE como procedimiento sanitario de urgencia, recogido expresamente en su artículo 19.6: «Por su especial sujeción a plazos, la interrupción voluntaria del embarazo será considerada siempre un procedimiento sanitario de urgencia.»

Esta consideración tiene importantes implicaciones jurídicas y administrativas, ya que refuerza el deber del sistema sanitario de garantizar un acceso ágil, inmediato y sin dilaciones indebidas, especialmente en el caso de mujeres en situación administrativa irregular o que carecen de tarjeta sanitaria individual.

En consecuencia, el reconocimiento normativo de la IVE como procedimiento de urgencia elimina los obstáculos administrativos derivados de la exigencia de acreditar previamente el derecho a la asistencia sanitaria, y garantiza un acceso efectivo, igualitario y en tiempo oportuno a este derecho fundamental. Esta medida resulta especialmente relevante para asegurar la equidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres en situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, la aplicación práctica de este marco legal ha generado desigualdades territoriales significativas. Algunas comunidades autónomas, como Cataluña o la Comunidad Valenciana, han articulado vías de acceso claras y accesibles para mujeres en situación administrativa irregular. En otras, en cambio, se mantienen exigencias como el empadronamiento, la acreditación de bajos ingresos o la justificación de urgencia médica, lo que, en la práctica, dificulta o retrasa el ejercicio del derecho al aborto.

Estas diferencias reflejan una brecha entre los principios de universalidad e igualdad consagrados en la ley y su implementación efectiva, y plantean un reto aún pendiente en la garantía de una equidad real en el acceso a la IVE en todo el territorio nacional.

C) MARCO NORMATIVO REFERENTE A MUJERES MENORES DE EDAD

El tratamiento legal del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por parte de mujeres de 16 y 17 años ha sido objeto de múltiples reformas y controversias en la última década. Con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, las mujeres mayores de 16 años podían consentir por sí mismas la IVE, sin necesidad de autorización parental¹. Esta disposición fue modificada por la Ley Orgánica 11/2015 propuesta por el Partido Popular que exigió consentimiento parental a las menores de 18 años². Esta reforma fue revertida por la Ley Orgánica 1/2023, restaurando la plena capacidad de decisión para mujeres a partir de los 16 años, sin exigencia de consentimiento o conocimiento parental.

Por tanto, la última normativa consolida un modelo de autonomía sanitaria para las mujeres mayores de 16 años, recuperando la capacidad de decisión sobre su sexualidad y alineándose con otras normativas en materia de salud como la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, por la cual ya se reconocía que «los mayores de 16 años prestarán el consentimiento por sí mismos», salvo excepciones limitadas (Ensayos clínicos y técnicas de reproducción humana asistida) (art. 9.3.c, BOE, 2002).

En cambio, la situación legal de las mujeres menores de 16 años no ha sido objeto de reforma sustantiva en las últimas modificaciones legislativas. Se mantiene la imposición de consentimiento paternos o de representantes legales sin que se contemple en este ámbito la figura del menor maduro. En caso de desacuerdo con sus progenitores o si la menor está desamparada, la decisión sobre la intervención puede recaer en los servicios de protección de menores, en la Fiscalía o, si es necesario, en un juez/a (Código Civil español, 1889; Comité de Bioética de España, 2016).

¹ No obstante, debían informar a sus progenitores o tutores/as legales (LO 2/2010).

² Salvo en casos de conflicto grave familiar (LO 11/2015).

i) Mujeres de 16 y 17 años

Actualmente, el acceso a la IVE de mujeres entre 16 y 17 años se rige por la Ley Orgánica 2/2010 en su versión modificada por la Ley Orgánica 1/2023. Esta norma establece que «la interrupción voluntaria del embarazo podrá llevarse a cabo a partir de los 16 años de edad a petición exclusiva de la mujer embarazada, sin necesidad de consentimiento ni conocimiento por parte de las personas titulares de la patria potestad o tutores legales» (artículo 13 bis de la Ley Orgánica 2/2010, introducido en la modificación de la LO 1/2023).

Por tanto, el acceso a la IVE de mujeres de 16 y 17 años se vehicula por los mismos términos y condiciones que aquellos aplicados al resto de mujeres. En relación con el sistema de plazos, la IVE puede realizarse a petición de la mujer durante las primeras 14 semanas de gestación (art. 14), mientras que hasta la semana 22 se admite por indicación médica si existe grave riesgo para la salud o vida de la gestante, o si se detectan anomalías fetales graves (art. 15). Más allá de este plazo, solo se permite en supuestos excepcionales de enfermedad fetal extremadamente grave e incurable o anomalías incompatibles con la vida.

La reforma de 2023 señaló, además, que la atención debe prestarse bajo condiciones de confidencialidad, respeto y no discriminación³, aspecto de especial relevancia en el caso de mujeres menores de edad. Sin embargo, la normativa también incluye una indicación dirigida a profesionales de atención por la cual deben recomendar a las menores comunicar la decisión de interrumpir el embarazo a sus tutores/as legales con el fin de recibir acompañamiento durante el proceso.

Desde una perspectiva complementaria, resulta necesario situar este régimen jurídico en el marco de otras normas relacionadas con la infancia y adolescencia. Por un lado, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, reconoce en su artículo 11 el derecho de los/las menores a ser escuchados en todos los procedimientos que les afecten y establece el deber de las administraciones públicas de garantizar su desarrollo libre y seguro. Esta disposición refuerza el principio de autonomía de la infancia y adolescencia aplicable también en contextos de atención sanitaria y decisiones reproductivas.

Por otro lado, la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, contempla medidas específicas para la atención de menores víctimas de violencia sexual, asegurando que puedan acceder a servicios como la IVE sin trabas institucionales ni revictimización. Desde la perspectiva de esta normativa, la posibilidad de acceder a una IVE sin la autorización de progenitores es una vía de para evitar la revictimización de la menor.

³ Artículo 20 de la Ley Orgánica 2/2010, que protege expresamente la intimidad de la mujer gestante.

En definitiva, la legislación española reconoce a las mujeres de 16 y 17 años plena capacidad jurídica para decidir sobre la interrupción voluntaria de su embarazo sin injerencias parentales, en condiciones de confidencialidad, gratuidad y respeto a su dignidad. Esta regulación se complementa con normas de protección a la infancia y de atención a víctimas de violencia sexual, configurando un marco legal que, en principio, debe garantizar la autonomía reproductiva de las menores. No obstante, su efectividad práctica sigue enfrentando desafíos cuya superación exige una implementación proactiva y homogénea por parte de los servicios públicos.

En ese sentido, a pesar del marco normativo favorable, diversas investigaciones académicas y estudios institucionales —como los publicados por el Instituto de las Mujeres, o la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE)— han documentado obstáculos persistentes para el acceso real a la IVE por parte de menores, incluyendo desinformación, espacios seguros y adaptados, presión familiar, derivaciones fuera de su comunidad autónoma, y dificultades para encontrar centros no objetores en zonas rurales (2017, 2019). Estos aspectos se contemplan en el marco analítico del presente informe.

ii) Mujeres menores de 16 años

La última reforma en materia de interrupción voluntaria del embarazo no introdujo cambios en relación con el consentimiento necesario en el caso de menores de 16 años. Así, se mantiene lo previsto desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010: las jóvenes de 16 años solo pueden acceder al procedimiento si cuentan con el consentimiento de sus progenitores o representantes legales (Ley Orgánica 1/2023; Ley Orgánica 2/2010).

Este acceso está regulado principalmente por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. Según esta norma, cuando una persona menor de edad no dispone de la madurez suficiente —desde el punto de vista intelectual o emocional— para comprender el alcance de una intervención sanitaria, el consentimiento debe ser otorgado por quien ejerza su representación legal (Ley 41/2002, 2002).

Aunque la ley establece que las menores deben ser escuchadas, la decisión final sigue dependiendo de las personas adultas responsables. En el caso de la IVE, esto significa que las menores de 16 años no pueden decidir por sí solas.

En caso de que la menor esté en situación de desamparo o se encuentre bajo la tutela de una administración pública, la responsabilidad del consentimiento recae en la entidad pública competente.

Como consecuencia, una situación especialmente delicada se produce cuando existe conflicto entre la voluntad de la menor y la de sus representantes legales. Dado que la ley no establece un procedimiento concreto para resolver conflictos en torno a la IVE en menores de 16 años, se acude a los mecanismos generales previstos.

Estas vías, sin embargo, no están reguladas específicamente para el caso del aborto y su aplicación puede conllevar demoras, inseguridad jurídica y consecuencias

clínicas no deseadas (Comité de Bioética de España, 2016). En la práctica, los centros sanitarios o los servicios sociales pueden actuar como mediadores, derivando el caso a las autoridades de protección cuando sea necesario (ACAI, 2014).

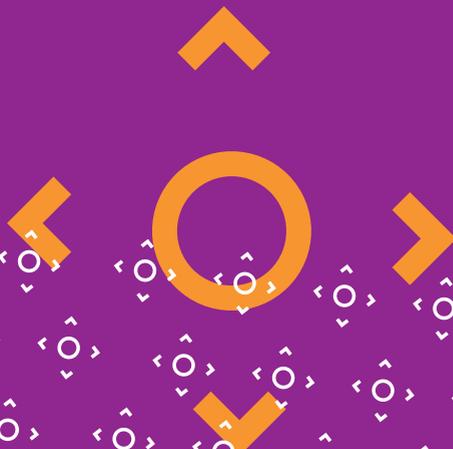
Por otro lado, es importante señalar que el ordenamiento jurídico no contempla la figura del «menor maduro» como excepción aplicable al caso de la IVE en menores de 16 años. Aunque la práctica clínica reconoce este concepto en otros ámbitos, como ciertos tratamientos médicos o decisiones asistenciales, en materia de aborto se ha establecido un umbral claro a partir de los 16 años sin excepciones expresas para quienes pudieran ser consideradas suficientemente maduras. Esta línea es de especial interés en potenciales estudios sobre la normativa vigente en materia de acceso a la IVE en menores de 16 años.

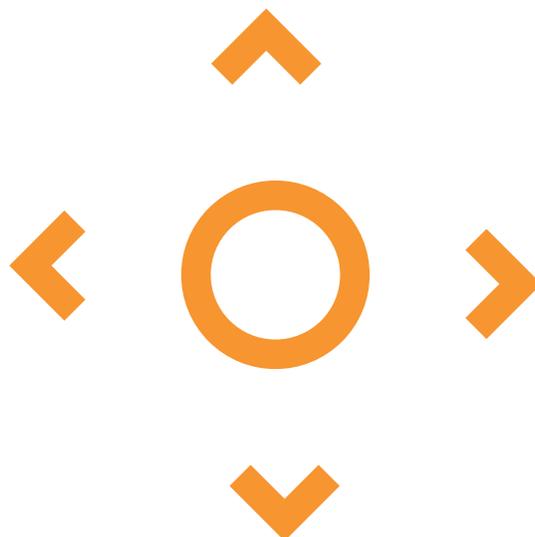
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

5

**¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO
CON LA IVE EN ESPAÑA?**





○ ¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO CON LA IVE EN ESPAÑA?

España ha avanzado notablemente en el reconocimiento del derecho al aborto, pero en la práctica persisten desigualdades estructurales que limitan su implementación efectiva. En 2023, el 81,4 % de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) se realizaron en centros privados, a pesar de que el procedimiento forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2024).

Los datos recogidos en el último informe oficial refuerzan esta lectura estructural. Según datos del Ministerio de Sanidad (2024), en 2023 se notificaron 103.097 interrupciones voluntarias del embarazo, de las cuales la gran mayoría —el 93,9 %— se realizaron a petición de la mujer dentro del primer trimestre. Sin embargo, apenas un 18,8 % de las IVE fueron atendidas en centros públicos, y de estas, la mayor parte constituían casos excepcionales o de uso del método farmacológico.

Además, el perfil socioeconómico de las mujeres que acceden a la IVE revela una mayor vulnerabilidad estructural: el 41,6 % no tenía empleo en el momento de la intervención y el 35,2 % eran extranjeras, lo que pone de manifiesto la necesidad de analizar el acceso no solo desde el plano sanitario, sino también desde una perspectiva interseccional (Ministerio de Sanidad, 2024).

Aunque el marco legal reconoce desde 2010 un acceso universal y sin necesidad de justificación médica hasta la semana 14, la distancia entre el derecho reconocido y el acceso efectivo sigue siendo profunda. Este capítulo examina cómo, más allá de la normativa, la privatización de la prestación, la concentración de profesionales objetores y la desigual aplicación autonómica de la norma condicionan el ejercicio real, igualitario y efectivo del derecho al aborto.

5.1. DESIGUALDADES TERRITORIALES

A pesar del reconocimiento legal de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como un derecho garantizado dentro del Sistema Nacional de Salud, persisten notables desigualdades territoriales en su acceso real y efectivo. Estas disparidades afectan especialmente a mujeres que residen en comunidades autónomas con escasa cobertura pública, en provincias sin centros sanitarios habilitados o en zonas rurales que exigen largos desplazamientos para acceder a la prestación.

Según los datos del Ministerio de Sanidad (2023), en regiones como Cataluña (41,8 %), Navarra (35,1 %) y el País Vasco (28,7 %) se mantiene una cobertura pública significativa. Sin embargo, en comunidades como Madrid (0,27 %), Murcia (0,6 %) o Castilla-La Mancha (0,9 %), la práctica totalidad de las IVE se derivan al ámbito privado. Este desequilibrio evidencia una falta de equidad en el acceso al derecho a decidir, condicionada por el lugar de residencia.

La situación se agrava en territorios donde no existe ningún centro sanitario —ni público ni privado— habilitado para realizar la IVE. Es el caso de varias provincias en Castilla-La Mancha donde las mujeres se ven obligadas a desplazarse cientos de kilómetros, o Cantabria, donde incluso deben salir de su comunidad autónoma. Este fenómeno afecta con especial intensidad a mujeres jóvenes, migrantes o en situación de vulnerabilidad económica, ya que se enfrentan a barreras logísticas y financieras que dificultan aún más el ejercicio efectivo de este derecho (Ministerio de Sanidad, 2023; Newtral, 2022).

En un intento por paliar esta desigualdad, la Ley Orgánica 1/2023 introdujo la obligación de que cada comunidad autónoma cuente con al menos un centro público de referencia para la práctica de la IVE en cada provincia. No obstante, el artículo 19 bis de dicha ley contempla que, cuando no sea posible realizar la prestación en un centro público, se podrá derivar a uno acreditado del sector privado. Esta redacción ambigua deja en manos de cada administración autonómica la decisión de implementar (o no) dicha garantía, lo que ha dado lugar a una aplicación desigual de la norma. Mientras en comunidades como Cataluña se está desarrollando una red pública real para la práctica de la IVE, en otras como Madrid se recurre sistemáticamente a la derivación privada como primera —y prácticamente única— opción.

5.2. PRIVATIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA IVE

A pesar de estar incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la interrupción voluntaria del embarazo en España se realiza mayoritariamente en clínicas privadas. En 2023, el 81,4 % de las IVE fueron efectuadas en centros extrahospitalarios privados (Ministerio de Sanidad, 2023), lo que evidencia una dependencia estructural del sistema público respecto al sector privado para garantizar esta prestación.

Esta tendencia no es homogénea. Como se ha señalado, comunidades como Madrid, Castilla-La Mancha o Murcia presentan una externalización casi total del servicio, mientras que otras —como Cataluña, Navarra o el País Vasco— mantienen un mayor peso de la red pública. No obstante, incluso en estas últimas, la mayoría de IVE se realizan fuera de hospitales públicos, especialmente en el caso de interrupciones por decisión libre de la mujer.

De hecho, las cifras muestran que casi la totalidad de las IVE realizadas dentro del plazo legal de 14 semanas se llevan a cabo en centros privados. En 2023, solo el 15,29 % de las interrupciones voluntarias por decisión libre se realizaron en centros públicos; el 84,71 % restante tuvo lugar en el ámbito privado (Ministerio de Sanidad, 2023). Este dato pone de relieve que la red pública sigue centrada, mayoritariamente, en asumir los casos clínicos excepcionales, como los derivados de causas médicas o anomalías fetales graves.

Esta segmentación revela una limitación estructural del sistema sanitario: a pesar de que la Ley Orgánica 2/2010 —y su reforma de 2023— reconoce el derecho a interrumpir el embarazo por voluntad propia y dentro del plazo legal sin necesidad de justificación, el sistema público continúa sin asumir de forma normalizada esta prestación. Persisten resistencias institucionales y profesionales que, unidas a la falta de inversión y planificación, han consolidado un modelo de externalización estructural. Esta realidad, además de quitar la responsabilidad al sistema sanitario público, perpetúa el estigma social sobre el aborto voluntario al considerarlo una prestación «derivable», en lugar de una parte fundamental del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

5.3. OBJECIÓN DE CONCIENCIA Y GARANTÍA DE ACCESO

La objeción de conciencia es un derecho individual que permite a las personas abstenerse de realizar determinados actos contrarios a sus convicciones éticas, morales o religiosas. En el ámbito sanitario, este derecho ha sido objeto de especial controversia cuando se aplica a servicios esenciales, como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Aunque su reconocimiento busca proteger la libertad ideológica del personal médico, su uso extendido y desregulado puede entrar en conflicto directo con el acceso efectivo de las mujeres a este derecho legalmente reconocido.

En España, la objeción de conciencia del personal sanitario frente al aborto está regulada desde la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, que permite a los y las profesionales abstenerse de participar directamente en la intervención, siempre que lo comuniquen previamente y por escrito (BOE, 2010, art. 19 bis).

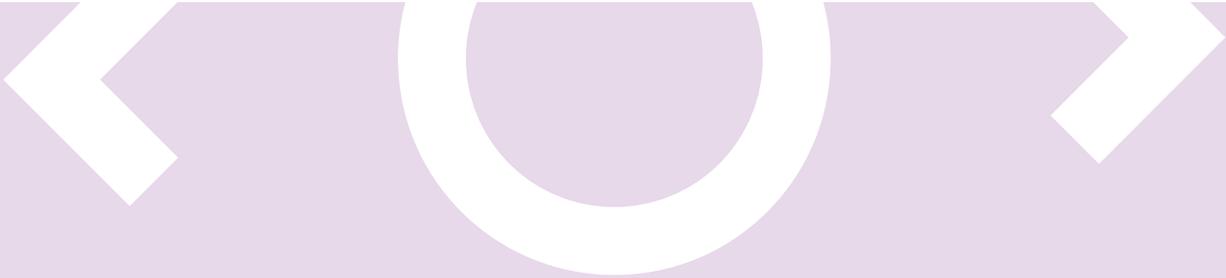
La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, refuerza este marco normativo con el objetivo de compatibilizar el ejercicio del derecho a objetar con la garantía de acceso universal a la IVE. Entre las medidas introducidas se encuentra la obligación de que las comunidades autónomas creen registros confidenciales de objetores de conciencia, tanto en centros públicos como privados. Aunque la ley no menciona de forma expresa la objeción de conciencia colectiva, su redacción la excluye de forma implícita, al establecer que solo el personal sanitario directamente implicado en la práctica de la IVE puede ejercerla, de forma individual, previa y por escrito. Quedan fuera de este derecho tanto los equipos o centros en su conjunto como el personal que realiza funciones informativas, administrativas u otras tareas no clínicas⁴.

⁴ Artículo 19 bis: «El personal sanitario directamente implicado en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo podrá ejercer la objeción de conciencia, que deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Este derecho no podrá derivar en menoscabo del acceso ni de la calidad asistencial de la prestación.»

Artículo 19 ter: «Las administraciones públicas competentes establecerán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia [...] de carácter individual, voluntario y confidencial.»

Pese a esta regulación, la realidad asistencial refleja importantes obstáculos. La alta concentración de objetores en algunos centros, especialmente en zonas rurales o provincias con escasos recursos sanitarios, ha generado situaciones en las que no existe personal disponible para garantizar la prestación (FPFE, 2019). A esto se suma la escasa transparencia: aunque la ley exige la creación de registros autonómicos, la mayoría no han sido implementados o no son públicos, lo que impide un seguimiento riguroso del cumplimiento normativo (El País, 2024). En Madrid, el gobierno regional ha rechazado explícitamente su creación, mientras que Castilla y León prevé permitir que los profesionales indiquen los supuestos en los que objetan, pero sin implantar aún un registro operativo que permita planificar recursos no objetores (Europa Press, 2024; Cadena SER, 2025).

En este contexto, entidades como la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI, 2023) han alertado sobre una «objeción estructural» que desborda el plano individual y acaba impidiendo el ejercicio de un derecho fundamental. Desde el ámbito académico y jurídico se han formulado propuestas para limitar su uso abusivo en servicios esenciales, en consonancia con organismos internacionales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2015). El reto, por tanto, es asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia no comprometa el acceso equitativo y efectivo a un servicio público y de derecho.



***Protocolos homogéneos
e información clara***

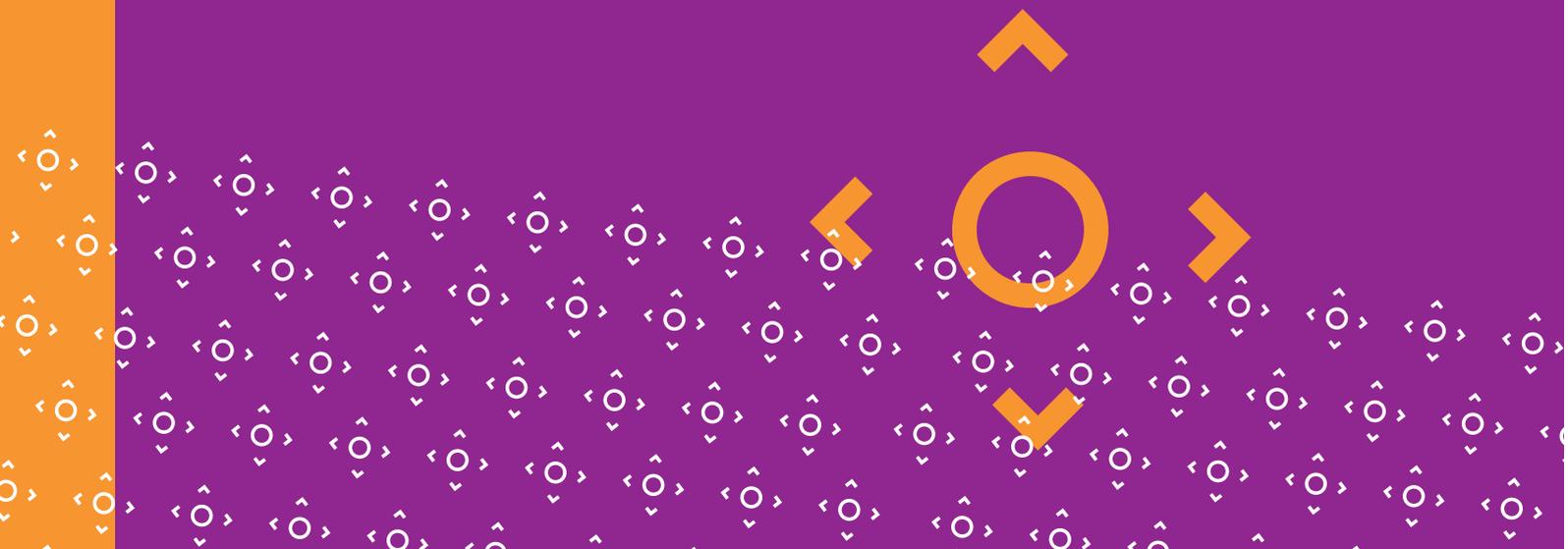


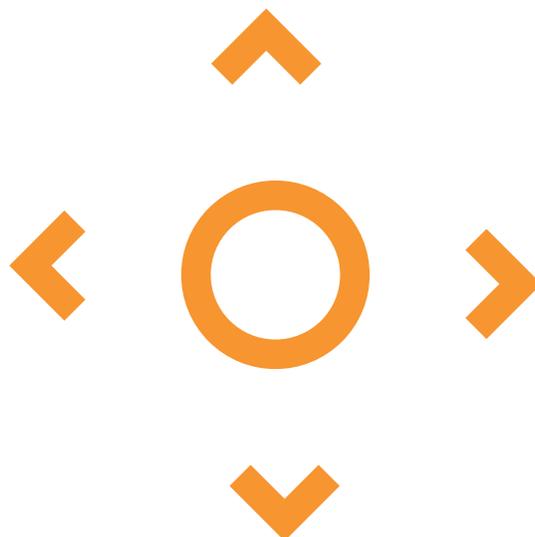
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

6

**ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE
ATENCIÓN Y OBSTÁCULOS EN EL
ACCESO A LA IVE EN CUATRO
COMUNIDADES AUTÓNOMAS**





○ ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN Y OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A LA IVE EN CUATRO COMUNIDADES AUTÓNOMAS

6.1. CASTILLA-LA MANCHA

6.1.1. ADAPTACIÓN AUTONÓMICA DE LA LEY Y CIRCUITO DE ACCESO A LA IVE EN CASTILLA-LA MANCHA: COINCIDENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE NORMATIVA Y PRÁCTICA

Castilla-La Mancha carece de un protocolo propio que regule de forma clara y específica los circuitos de atención en interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lo cual deja a las mujeres expuestas a una aplicación genérica de la normativa estatal sin adaptación al contexto territorial. A lo largo de este estudio no se ha identificado ningún documento autonómico que detalle procedimientos o garantice homogeneidad en la atención (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2021; SESCOAM, 2023a; 2023b), y las profesionales entrevistadas corroboran esta ausencia de una guía técnica.

Por tanto, los requisitos clínicos, garantías de acceso y métodos disponibles en Castilla-La Mancha serían aquellos generales descritos en la normativa estatal vigente, la Ley Orgánica 2/2010 —modificada por la LO 1/2023— y las guías del Sistema Nacional de Salud para esta materia (Ministerio de Sanidad, 2022). De este modo, en Castilla-La Mancha la prestación de la IVE depende en la práctica de la gestión interna de los dos centros privados acreditados que la realizan, así como del cumplimiento de los criterios generales del Sistema Nacional de Salud, sin que exista una adaptación técnica específica a las necesidades y particularidades del territorio.

De acuerdo con este marco común, el circuito comienza con la atención inicial en Atención Primaria o en consultas especializadas, donde se proporciona a la mujer toda la información obligatoria, se recoge su consentimiento y se determina la edad gestacional. Posteriormente, se deriva a un centro acreditado para realizar la intervención (Real Decreto 831/2010).

Los centros acreditados son de titularidad privada, dado que Castilla-La Mancha no realiza IVE en hospitales públicos, salvo excepciones. Estas clínicas se encuentran en Albacete y Ciudad Real, obligando a las mujeres residentes en Cuenca, Guadalajara y Toledo a trasladarse o bien de provincia o bien a Madrid para ejercer el derecho al aborto:

«[En la clínica,] se ven, sobre todo, mujeres de Cuenca. Supongo que de Guadalajara irán a Madrid, porque es donde más cerca les pillan y de Ciudad Real, pues irán a Ciudad Real, supongo.» (Ginecólogo de clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

Si bien no se aprecian diferencias entre el circuito planteado por la normativa y el realizado por las usuarias, la escasez de clínicas es un obstáculo suficiente para describir este itinerario como deficiente. Como puntualiza una de las entrevistadas:

«Estamos hablando de desplazamientos tremendos tanto a Ciudad Real como a Albacete, horas en desplazamientos.» (Jurista y activista feminista, Castilla-La Mancha)

Así, la falta de un protocolo autonómico, sumada a la concentración de la atención en solo dos clínicas privadas, produce un modelo fragmentado y territorialmente desigual. Las mujeres que residen fuera de las capitales provinciales se enfrentan a viajes largos, costes logísticos y mayor exposición, lo que agrava la experiencia de un procedimiento ya de por sí delicado en lo emocional. En un contexto donde el aborto es un derecho sanitario reconocido, esta desprotección organizativa no solo evidencia una falta de voluntad política, sino que multiplica la vulnerabilidad de quienes menos recursos tienen para sortear estas distancias.

6.1.2. BARRERAS Y FORTALEZAS DEL MODELO CASTELLANO MANCHEGO DE ACCESO A LA IVE

El acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Castilla-La Mancha se ve obstaculizado por una combinación de factores estructurales que, en última instancia, tiene como punto nodal la externalización y/o privatización de la IVE, a pesar de que se trata de un derecho sanitario garantizado en la Cartera Común del Sistema Nacional de Salud.

Privatización de la IVE: voluntad política y objeción de conciencia

Uno de los principales obstáculos identificados en Castilla-La Mancha es la privatización de la realización de la IVE, derivada de la objeción de conciencia masiva de profesionales y la ausencia de voluntad política por paliar esta situación, ya sea con la aplicación de registros de objetores/as o con formación y sensibilización. De esta forma es como Castilla-La Mancha apenas ha implementado la realización de la IVE en hospitales públicos y, por tanto, depende casi en exclusiva de las clínicas privadas para la realización del servicio.

Las profesionales entrevistadas señalan que el gobierno autonómico mantiene una actitud pasiva ante la situación actual en Castilla-La Mancha, amparándose, principalmente, en la ausencia de profesionales no objetores. Sin embargo, la administración autonómica no estaba realizando un registro de objetores que contrarrestara este bloqueo:

«La excusa (...) ha sido que los jefes de servicio de ginecología han sido contrarios [a la IVE], pero no se ha ido actualizando [los registros de objetores].» (Profesora en la Facultad de Medicina, Castilla-La Mancha)

No es hasta marzo de este año 2025 que el gobierno de Castilla-La Mancha insta a responsables y gestores a elaborar el registro de objetores, tras dos años de presión por parte de asociaciones y profesionales, lo que evidencia la ausencia de voluntad y responsabilidad política en esta materia:

«Han sacado ahora el registro de objetores en marzo, pero hemos estado sin registro, y eso ha dependido de la presión de asociaciones.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

La consecuencia inmediata de esta falta de implementación en la sanidad pública es la privatización práctica de la IVE. Desde el punto de vista de varios profesionales, esto supone una privatización de facto de un derecho que debería estar plenamente garantizado en la red pública.

«Se han conformado con dos clínicas acreditadas desde hace treinta años. Es decir, externalizan un servicio que debería garantizar la sanidad pública.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

Este modelo centrado en el rendimiento económico tiene consecuencias claras: las clínicas privadas solo se establecen donde consideran que hay población suficiente y demanda probable para mantenerse económicamente. Así, la distribución de centros no responde a una cobertura equitativa y accesible, sino al rendimiento económico de los centros acreditados. Como consecuencia, tanto mujeres procedentes de otras provincias como aquellas residentes en el rural manchego se ven obligadas a trasladarse para ejercer su derecho al aborto.

Privatización, desigualdad territorial y brechas socioeconómicas en el acceso

La estructura altamente privatizada del modelo castellanomanchego se traduce, como ya se señalaba, en la concentración de la prestación de la IVE en tan solo dos clínicas acreditadas: una en Albacete y otra en Ciudad Real. Esta escasa cobertura obliga a las mujeres que residen en las otras provincias —Cuenca, Guadalajara y Toledo— o en entornos rurales, a desplazarse grandes distancias para poder ejercer su derecho:

⊙ *«Obliga a desplazamientos tremendos, tanto desde Ciudad Real [rural] como desde Cuenca, Guadalajara o cualquier pueblo alejado.» (Jurista y activista feminista, Castilla-La Mancha)*

Estos traslados implican gastos indirectos —transporte, manutención, alojamiento— que no siempre están cubiertos por el sistema público:

⊙ *«No pagan el autobús hasta Albacete, tienes que comer o cenar, incluso pernoctar. Hablamos de un perjuicio económico absolutamente innecesario.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)*

El coste real del procedimiento, sin embargo, no se limita al plano económico. Como explicaba una de las entrevistadas, el impacto emocional y el desgaste personal que genera este modelo es igualmente significativo:

⊙ *«Si consideramos los [gastos] humanos como el tiempo, la angustia... es impagable. La indemnización para este daño sería, si recayera realmente sobre las autoridades..., no habría presupuesto para hacerse cargo de lo que está suponiendo esa desconsideración y esa dejación [para las mujeres].» (Jurista y activista feminista, Castilla-La Mancha)*

En este contexto, la insuficiencia de la red pública genera una brecha socioeconómica en el acceso: quienes pueden permitírselo acuden al sector privado para evitar demoras y complicaciones; quienes no, se ven obligadas a aceptar un itinerario largo, incierto y emocionalmente costoso:

⊙ *«Quien puede pagarse un aborto privado lo hace, porque es más rápido y sencillo. Quien no puede, pues tiene que someterse a lo que hay.» (Profesora en la Facultad de Enfermería, Castilla-La Mancha)*

La posibilidad de elegir un procedimiento más ágil y menos traumático queda, así, condicionada por la capacidad económica, reforzando una desigualdad estructural en el ejercicio de un derecho que debería ser universal y equitativo.

A ello se suma la falta de seguimiento integral. La escasez de centros de salud sexual y reproductiva limita la atención continuada, centrando la respuesta en lo puramente clínico y dejando sin cubrir aspectos como el acompañamiento psicológico, que puede ser esencial tras una IVE:

«No se puede hacer un seguimiento. Hay pocos Centros de Salud Sexual y Reproductiva (...). Además, [en los centros públicos] el seguimiento es más médico que psicológico, y hay veces que sí hace falta un seguimiento psicológico.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

Además, la distancia entre las clínicas acreditadas y los lugares de residencia de muchas mujeres puede traducirse en un seguimiento deficiente por parte de los centros públicos, que en ocasiones carecen de experiencia para gestionar correctamente el postoperatorio:

«No tienen experiencia en valorar las imágenes ecográficas tras un aborto..., a veces se pasaban a hacer un legrado innecesario.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

En definitiva, el modelo castellanomanchego evidencia cómo la falta de implementación pública real, la concentración geográfica de los recursos y la ausencia de dispositivos específicos de salud sexual y reproductiva generan barreras que vulneran el acceso efectivo y equitativo a la IVE. Esta estructura reproduce desigualdades económicas, territoriales y simbólicas, situando a las mujeres con menos recursos en una posición de mayor vulnerabilidad. Garantizar el derecho al aborto en condiciones de igualdad requiere una planificación pública decidida que amplíe la cobertura territorial, elimine costes indirectos y promueva una atención integral, respetuosa y centrada en las necesidades de cada mujer.

Grupos antiaborto: acoso a mujeres y presión a profesionales

La concentración de la prestación en clínicas privadas facilita, además, su localización por parte de grupos antiabortistas, lo que expone a las mujeres y a los profesionales a situaciones de hostigamiento. Este acoso se dirige tanto a las mujeres, a quienes buscan disuadir mediante recursos visuales y religiosos, como a las/os propias/os profesionales que trabajan en estas clínicas, generando un ambiente de señalamiento y estigmatización:

«Llegas a la clínica y hay lecturas de rosarios, estampitas, muñequitos de fetos..., intentan convencerte con recursos inexistentes y terroríficos.» (Jurista y activista feminista, Castilla-La Mancha)

A pesar de que la Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo sanciona expresamente el acoso a mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo y permite establecer perímetros de seguridad alrededor de estos centros, en la práctica la aplicación de esta normativa es muy limitada.

Durante las entrevistas se recoge cómo organizaciones feministas y profesionales de la salud han tratado de impulsar que se active esta protección sin éxito efectivo. Asimismo, han intentado reiteradamente abrir vías de diálogo con la Delegación del Gobierno para que intervenga y garantice un acceso seguro, sin coacciones, a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo:

«Ni nos han contestado (...) ni nos han recibido. Llevamos años denunciando esta situación (...). No tienen interés en ponerlo en marcha.»
(Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

Sin embargo, el resultado ha sido la normalización del hostigamiento bajo el argumento de proteger la libertad de expresión de los grupos antiabortistas, relegando el derecho de las mujeres a una atención sin intimidación.

«El delegado del Gobierno siempre pone por encima el derecho a la libertad de expresión de estos sectores, aunque eso suponga hostigar a las mujeres.» Jurista y activista feminista, Castilla-La Mancha)

Ausencia de información para profesionales y usuarias

Además de las dificultades estructurales y logísticas ya señaladas, en Castilla-La Mancha persiste una importante carencia de información clara, tanto para las mujeres como para las y los profesionales. Esta ausencia de protocolos visibles o actualizados en los portales oficiales perpetúa la incertidumbre y contribuye a que se sigan aplicando rutinas propias del marco legal anterior, a pesar de las modificaciones normativas introducidas por la reforma estatal de 2023.

«Te metes en la página de la Junta (...) y no aparece nada. Ni protocolo, ni información, ni nada.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

Esta falta de directrices claras se refleja también en la práctica clínica. Profesionales de una clínica concertada en Madrid, que recibe derivaciones desde Castilla-La Mancha, describen cómo algunos profesionales continúan entregando a las mujeres toda la documentación — incluyendo el artículo 14 con el código y las ayudas a la maternidad —, tal y como se hacía antes de la reforma, probablemente por desconocimiento o por la inexistencia de un protocolo autonómico actualizado:

«Nosotras somos una de las clínicas de Madrid que tenemos concierto con ellos. ¿Qué pasa ahí? Que el médico entrega el artículo 14, las ayudas que existen a la maternidad (...). Te dan el papel con el código, pero por desconocimiento, no con intención de nada. Es como va todo esto..., era lo que había antes, pues seguimos igual.» (Trabajadora de clínica acreditada, Madrid)

6.1.3. CONCLUSIONES Y DEMANDAS SOBRE DEL MODELO CASTELLANO MANCHEGO

Frente a este panorama, las profesionales entrevistadas formulan demandas claras que apuntan a garantizar el derecho a la IVE en condiciones de igualdad y seguridad. Reclaman que se cumpla la legislación estatal, que se integre la prestación en la red hospitalaria pública y que se supere la objeción de conciencia como un obstáculo estructural que actualmente bloquea el acceso.

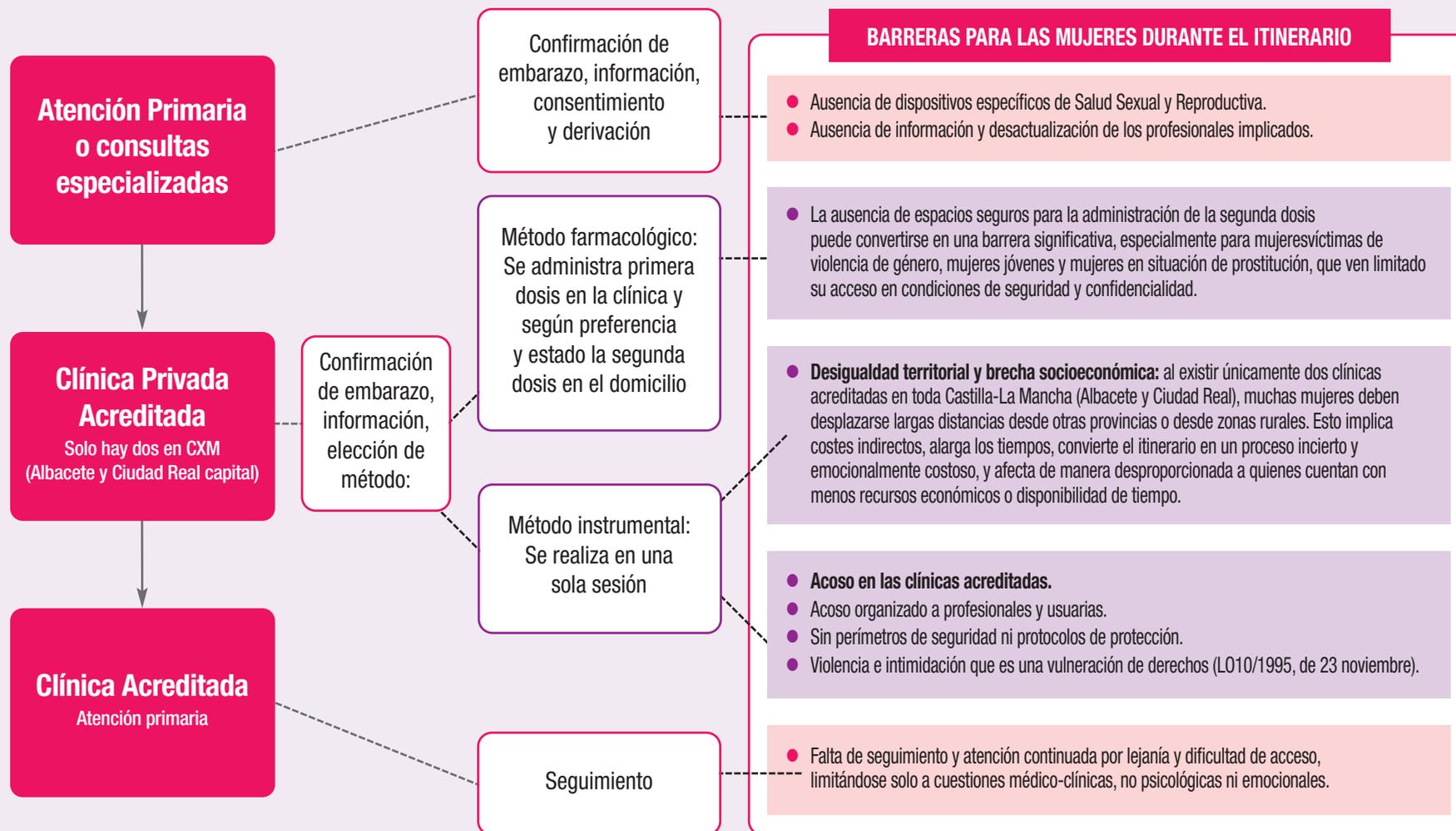
«La demanda que hacemos como mujeres, y yo que soy activa en el movimiento feminista, es que se cumpla la ley estatal y que se implementen en todos los hospitales.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

Así, se plantea la necesidad de garantizar al menos un hospital público por provincia donde se practique la IVE, como forma mínima de asegurar la equidad territorial y terminar con la dependencia casi exclusiva de clínicas privadas concertadas.

«La solución sería eso, que desapareciera la objeción de conciencia y se montara ese servicio en todos los hospitales públicos o, al menos, en un hospital público de cada provincia.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

EL ITINERARIO EN CASTILLA LA MANCHA:

Deficiente, privatizado y desigual



BARRERAS GENERALES DE ACCESO A LA IVE EN CASTILLA LA MANCHA

- **Privatización del servicio:** la práctica totalidad de las IVE se realizan en dos clínicas privadas acreditadas (Albacete y Ciudad Real), ya que la red pública no lo garantiza de forma efectiva. Esto supone la externalización de un derecho sanitario y limita la cobertura territorial.
- **Desigualdad territorial:** mujeres de Cuenca, Guadalajara o Toledo deben desplazarse largas distancias o acudir a Madrid, asumiendo costes económicos, tiempo y mayor exposición.
- **Ausencia de protocolo autonómico:** no existe guía pública de referencia para profesionales ni usuarias, lo que deja la atención fragmentada y sin criterios comunes.
- **Desajuste legal:** el procedimiento real no se ajusta a lo establecido en la ley, generando itinerarios prolongados, confusos y con derivaciones innecesarias.
- **Objeción de conciencia estructural:** elevada proporción de profesionales objetores y ausencia histórica de un registro público, lo que ha bloqueado la implementación en hospitales. La objeción se encuentra institucionalizada y encubierta, excluyendo la IVE de la red pública.
- **Falta de formación profesional:** carencia de capacitación específica sobre IVE en el personal sanitario, lo que repercute en la calidad de la atención.
- **Carencia de información para usuarias:** ausencia de recursos claros, accesibles y adaptados que garanticen un acceso informado al proceso.
- **Estigma y acoso:** las clínicas privadas, fácilmente localizables, son objeto de hostigamiento por parte de grupos antiabortistas, lo que genera intimidación hacia mujeres y profesionales.
- **Déficit de recursos y seguimiento:** escasez de centros de salud sexual y reproductiva y ausencia de acompañamiento integral, especialmente en el apoyo psicológico.

BARRERAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

- **Capacitismo institucional** e infantilización.
- **Falta de medios adecuados** y formación específica de profesionales.
- **Ausencia de protocolos** adaptados a necesidades específicas
- **Resistencias institucionales:** desconocimiento de cambios legislativos.
- **Inaccesibilidad generalizada:** espacios sin adaptar, carencia de apoyos técnicos y de profesionales especializados.

BARRERAS PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

- **Exigencias burocráticas:** obligatoriedad de la tarjeta sanitaria y del empadronamiento, con plazos largos y trámites complejos que retrasan el acceso.
- **Falta de sistematización:** ausencia de un procedimiento uniforme que garantice el acceso en todas las provincias; las experiencias varían según el centro y el personal.
- **Atención no garantizada:** el acceso depende en gran medida de la voluntad e implicación del personal sanitario y de trabajadoras sociales, lo que genera arbitrariedad.
- **Déficit de formación y coordinación:** carencias internas del sistema de salud que generan obstáculos adicionales y dilaciones en la atención.
- **Desinformación y estigmatización:** falta de información clara para las mujeres y desconocimiento incluso entre profesionales, acompañado de un trato marcado por prejuicios hacia quienes se encuentran en situación irregular.

BARRERAS PARA LAS MENORES DE 16 Y 17 AÑOS

- **Tabú y ocultamiento:** necesidad de esconder el embarazo a las personas adultas.
- **Falta de recursos específicos:** no existen centros de sexualidad juvenil donde se realice la IVE ni servicios con profesionales especializados.
- **Horarios no adaptados:** ausencia de atención fuera del horario lectivo, lo que dificulta la confidencialidad.
- **Carencia de acompañamiento** y atención específica.
- **Vínculos familiares en la atención primaria:** limitan la privacidad y generan temor a la exposición.
- **Burocracia compleja:** gran desconocimiento del procedimiento y un itinerario con numerosas trabas administrativas.

6.2. CANTABRIA

6.2.1. ADAPTACIÓN AUTONÓMICA DE LA LEY Y CIRCUITO DE ACCESO A LA IVE EN CANTABRIA: COINCIDENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE NORMATIVA Y PRÁCTICA

Cantabria regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) mediante un protocolo publicado por el Servicio Cántabro de Salud en el año 2017. Dicho documento centraliza el servicio en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva «La Cagiga», situado en Santander. También contempla que Atención Primaria pueda actuar como puerta de entrada para derivar a las mujeres que solicitan la IVE:

«Será el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) La Cagiga el centro que gestione habitualmente los casos. En los casos en que la mujer manifieste en su Centro de Salud su deseo de interrumpir el embarazo, se le facilitará la cita en el CSSR.» (Servicio Cántabro de Salud, 2017, p. 5-6)

En la práctica, las profesionales entrevistadas describen este funcionamiento tal cual se recoge en el documento técnico, confirmando el papel de Atención Primaria como derivación a La Cagiga:

«[La mujer] puede ir directamente al Centro de Atención Primaria y a partir de ahí hacen una derivación a La Cagiga, al Centro de Planificación, y ahí es atendida por un equipo.» (Trabajadora Social, Servicio Cántabro de Salud)

Según el protocolo, La Cagiga centraliza la información, la entrega de documentación, la elección del método y el inicio del procedimiento farmacológico si aplica:

«Si tras la valoración ecográfica la gestación es inferior o igual a 9 semanas, se realizará el procedimiento farmacológico en el CSSR. Si es superior o si la mujer opta por el método instrumental, será derivada al centro correspondiente.» (Servicio Cántabro de Salud, 2017, p. 6)

Las profesionales entrevistadas corroboran este circuito, aunque aclaran que el procedimiento puede dilatarse en el tiempo más de lo que explicita el protocolo:

«Bueno, llegan allí y hay unas profesionales, generalmente matronas, que explican el procedimiento. (...) Luego queda citada y de allí le dan el farmacológico, pues se va a su casa. Luego tiene unos controles...; si tiene algún problema, [pide] ayuda a los servicios de urgencias o al propio servicio de La Cagiga.» (Trabajadora Social, Servicio Cántabro de Salud)

Además, se describe cómo la aplicación del método farmacológico no es realizada en el propio centro, tal y como parece indicar la guía autonómica:

«En La Cagiga se hace la primera toma... y hay una segunda toma en casa.» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

La distancia entre la guía autonómica y la práctica se acentúa para las mujeres que eligen realizar la IVE a través del método instrumental o no se encuentran en disposición de aplicar el farmacológico. El protocolo indica que las mujeres serán derivadas al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla o, excepcionalmente, a centros concertados para realizar en método instrumental. Sin embargo, el relato de las profesionales muestra que la práctica habitual difiere significativamente, pues para intervenciones quirúrgicas que no están motivadas por malformaciones o riesgo para la salud, las derivaciones fuera de Cantabria son frecuentes:

«El quirúrgico no se hace aquí, se manda a una clínica privada de Madrid. Claro, eso es una complicación..., tienen que hacer las revisiones en el hospital de aquí..., tampoco quieren...» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

Los hospitales públicos solo estarían atendiendo aquellas IVE solicitadas por malformaciones o peligro para la madre o feto:

«Los que están por problemas de malformación llegan a hacerlos en el hospital. Los otros no.» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

Por lo tanto, Cantabria estaría ofreciendo, en la práctica, una cobertura parcial del derecho al aborto.

En definitiva, el circuito IVE en Cantabria presenta una alta concordancia entre el protocolo oficial y la práctica asistencial en la fase inicial del proceso. Sin embargo, se aprecian divergencias notables: las derivaciones fuera del territorio son mucho más frecuentes de lo que el protocolo de 2017 anticipaba.

Además, tras la reforma estatal de 2023, no consta ninguna adaptación sistemática del procedimiento en Cantabria en aspectos tan relevantes como el registro de objetores y/o la eliminación del periodo de reflexión.

Si bien el circuito planteado en Cantabria tiene ventajas en comparación con otros territorios, el modelo centralizado en Santander y la casi exclusividad del método farmacológico dentro del territorio plantean barreras evidentes en el acceso a la interrupción del embarazo que analizaremos a continuación.

6.2.2. BARRERAS Y FORTALEZAS DEL MODELO CANTABRO DE ACCESO A LA IVE

Ausencia de clínicas acreditadas: privatización de la IVE, el papel del método farmacológico e impacto para las mujeres

A diferencia de lo que ocurre en muchas otras comunidades autónomas, en Cantabria no existen actualmente clínicas privadas acreditadas para realizar interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Aunque en un primer momento esta situación podría interpretarse como un signo de fortaleza del sistema público de salud, la realidad es más compleja.

En la práctica, esto supone una concentración casi exclusiva de la oferta de IVE a través del método farmacológico, salvo alguna excepción de IVE por malformación o terapéutica, como se ha comentado en el apartado anterior. Según relatan las profesionales entrevistadas, las mujeres que desean o necesitan un procedimiento instrumental deben desplazarse fuera de la comunidad, enfrentándose a una serie de dificultades personales, logísticas y económicas.

Cronología de la desaparición de clínicas acreditadas en Cantabria

De acuerdo con los testimonios recogidos, desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, que amplió el derecho a la IVE, Cantabria atravesó distintas fases. Una ginecóloga del Servicio Cántabro de Salud relata que, en un primer momento, se concertaron derivaciones a centros de otras comunidades, como la clínica Euskalduna en el País Vasco. Más adelante, se acreditaron clínicas en Cantabria como Bezana Lago y Mies del Valle para ofrecer el procedimiento en el ámbito privado. Sin embargo, estas acabaron cerrando por falta de pacientes derivadas desde el sistema público. Como explica esta profesional:

«Estas clínicas se quedaron sin clientela. Se cerró en agosto de 2022, y desde entonces hasta noviembre se trasladaba a las mujeres a Bilbao, hasta que se hizo un nuevo concierto con Isadora y Ginemédica.»
(Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

Las razones económicas aparecen en los discursos como la principal causa de la desaparición de las clínicas privadas acreditadas en Cantabria. Una enfermera del Servicio Cántabro de Salud sostiene:

«Tenían el convenio con la Seguridad Social, pero no se derivaban suficientes casos, así que dijeron: para los pocos que hay, quitamos el centro.» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

Según indican varias profesionales, esta baja derivación estaría estrechamente vinculada a la elevada implantación del método farmacológico en el sistema público, que absorbió en torno al 89 % de los procedimientos realizados en 2023⁵.

⁵ Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2023.

Este escenario abre un debate entre las profesionales: ¿la desaparición de las clínicas fue una consecuencia del auge del farmacológico o fue la falta de clínicas lo que obligó a potenciar esta vía? La mayoría de los testimonios recabados apuntan a un proceso simultáneo y de retroalimentación:

«Yo creo que ocurrió que había menos y que empezaron a dar el farmacológico, entonces las clínicas no tenían suficiente...; económicamente no les venía bien. Y coincide con la implementación del farmacológico.» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

En cualquier caso, lo que se deriva del modelo cántabro es que la privatización de la IVE implica priorizar el rédito económico por encima de la equidad y accesibilidad en el sistema. Asimismo, si bien el método farmacológico no constituye un problema en sí mismo, como método, su uso e implementación deben responder a las necesidades sanitarias y sociales de las mujeres, y no a paliar la ausencia de clínicas acreditadas para realizar la IVE.

Consecuencias para las mujeres: impacto emocional y restricción de la libre elección del método

Las entrevistas recogen de forma reiterada las dificultades a las que se enfrentan las mujeres que desean o necesitan una IVE instrumental y se ven obligadas a trasladarse fuera de Cantabria. Estos desplazamientos implican gastos económicos, permisos laborales, explicaciones familiares no siempre deseadas y un impacto emocional relevante. Una de las entrevistadas explica:

«Te tienes que desplazar a Madrid. (...) El viaje, contarlo a la familia, el trabajo precario... supone más. Eso hace una pérdida de derechos frente a quien elige o está en plazo para el químico.» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud)

Otras profesionales mencionan también la falta de garantías logísticas durante estos traslados, como la cobertura del alojamiento o la posibilidad de contar con una persona acompañante.

En este contexto, aunque la normativa estatal reconoce el derecho de las mujeres a elegir entre el método farmacológico y el instrumental hasta la semana 14 de gestación, las profesionales entrevistadas coinciden en que este derecho está fuertemente limitado en Cantabria. La concentración casi exclusiva de la oferta pública en el método farmacológico impide que muchas mujeres puedan ejercer esa elección de forma real.

Una trabajadora social del Servicio Cántabro de Salud lo expresa en los siguientes términos:

“Cuando hay mujeres que se les pasa el tiempo para solicitar el farmacológico, tienen que ir a otra; porque, si es solo por deseo de la mujer, tienen que recurrir a una clínica privada pasadas las fechas.» (Trabajadora Social, Servicio Cántabro de Salud)

Finalmente, numerosas profesionales apuntan a la ausencia de voluntad política como uno de los factores que impiden mejorar el modelo de atención a la IVE en Cantabria. Este argumento, también recogido en estudios realizados en otras comunidades como Castilla-La Mancha, aparece con fuerza en los testimonios. Una entrevistada lo expresa así:

«Pues porque no hay voluntad política. No la hay en la consejería, que es del PP, ni en la jefatura de servicio; hay miedo a tensar la cuerda y que los profesionales digan: hasta aquí hemos llegado, no queremos más trabajo en esto.» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de salud)

Uso predominante del método farmacológico en Cantabria: fortalezas, límites y contexto

Las profesionales entrevistadas valoran de forma positiva el método farmacológico, considerándolo eficaz, menos invasivo y bien aceptado por muchas mujeres. No obstante, reconocen que no es la opción más adecuada para todas las situaciones. Algunas mujeres pueden necesitar un procedimiento más rápido o con menos exigencias físicas o emocionales.

Varias profesionales mencionan, por ejemplo, que en casos de jóvenes que aún viven con su familia o en contextos donde el aborto debe mantenerse en secreto, el proceso farmacológico puede resultar largo, doloroso y difícil de sobrellevar. En muchos casos, las mujeres no disponen de un espacio seguro, íntimo y digno para atravesar este proceso, lo que lo convierte en una experiencia especialmente compleja. La falta de condiciones mínimas de seguridad y privacidad convierte el aborto farmacológico en una opción inaccesible para muchas mujeres.

El método farmacológico resulta particularmente difícil para quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad social: mujeres en contextos de prostitución, menores de 16 y 17 años, mujeres migrantes, personas en situación de calle o mujeres víctimas de violencia de género, que a menudo no cuentan con un entorno que garantice intimidad, acompañamiento o descanso. En estos escenarios, no es viable permanecer varios días con sangrados o molestias, ni realizar un procedimiento que requiere privacidad, cuidado y tiempo.

Una ginecóloga resume esta complejidad de la siguiente forma:

«Si yo tuviese que interrumpir, yo haría un farmacológico a mí misma. (...) Pero entiendo que hay mujeres para las cuales eso es una experiencia traumática y que además no pueden estar tres días pendientes, que si me tomo esto, si sangro, si no sangro, si tengo este dolor..., porque están en situación laboral complicada..., en situación de prostitución y tienen que trabajar y no pueden estar sangrando mil días.» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

Las profesionales apuntan a diversos factores que han favorecido el uso extendido del método farmacológico en Cantabria. Destacan la existencia de un protocolo claro, la percepción de que se trata de una técnica menos agresiva y la buena acogida que tiene entre muchas mujeres, quienes suelen optar por esta vía si se les ofrece adecuadamente.

Sin embargo, otros testimonios contradicen esta versión sugiriendo que la predominancia del método farmacológico se debe a la distancia emocional que permite al personal sanitario, lo cual facilita su implementación en un entorno donde el aborto sigue siendo una práctica socialmente estigmatizada:

«Me da la impresión de que el método farmacológico es un método en el que el profesional toma mucha distancia, con un hecho que resulta todavía estigmatizante, duro, hacia el que tienes ambivalencia. Es un método muy limpio, a costa de que sea la mujer quien lleve todo el peso. No sé hasta qué punto no operará a algún nivel inconsciente el tema de expiar la culpa.» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

A partir de estas limitaciones, varias entrevistadas proponen implementar una modalidad de farmacológico intrahospitalario para aquellas mujeres que, por sus condiciones personales o sociales, necesiten más apoyo y control clínico. La idea, según señalan, sería evitar ingresos largos o intervenciones quirúrgicas, pero ofrecer analgesia, acompañamiento y vigilancia médica durante unas horas.

Una ginecóloga del Servicio Cántabro de Salud señala que el momento clave para haber hecho este cambio fue cuando cerraron las clínicas privadas, pero que, en lugar de eso, el Servicio Cántabro de Salud optó por una solución limitada:

«El gran momento de haber hecho el cambio fue cuando las clínicas se fueron, pero el SCS luego se limitó a volver a sacar un pliego.» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

En su opinión, la alternativa más efectiva sería:

«Que se hiciesen abortos farmacológicos intrahospitalarios para aquellas mujeres que no tienen buenas condiciones en su casa, que están solas, que tienen miedo al dolor, o que están en semanas un poco raspando o pasando de la 9.» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

Otra profesional añade que esta modalidad permitiría ofrecer un entorno clínico seguro sin necesidad de hospitalización completa:

«Sería como una cirugía mayor ambulatoria, que ingresen unas horas, se ponga analgesia, se vigile, y luego se vayan.» (Ginecóloga del Servicio Cántabro de Salud, Cantabria)

La necesidad de garantizar una verdadera elección del método y mejorar el acceso

El notable peso del método farmacológico en Cantabria, que en 2023 representó el 96,5 % de las interrupciones voluntarias del embarazo (Ministerio de Sanidad, 2024), no responde únicamente a una cuestión de preferencia libre y bien informada de las mujeres, sino a un circuito sanitario que facilita enormemente el acceso al farmacológico mientras que obliga a trasladarse fuera de la comunidad para acceder al método instrumental. Esto tiene una consecuencia directa: en la práctica, no se está fomentando ni garantizando la libre elección de método, un derecho recogido en la normativa estatal.

Centralización del itinerario IVE en La Cagiga: ventajas e inconvenientes

Las profesionales entrevistadas reconocen que la organización centralizada del acceso a la IVE en Cantabria, concentrada en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga, ha permitido ofrecer una atención uniforme y especializada. Varias ginecólogas sostienen que esta concentración evita disparidades en la información o en el trato según el profesional o el centro, y que facilita que las mujeres reciban un acompañamiento adecuado desde el inicio del proceso.

«La centralización permite una asistencia de mejor calidad, sin duda, mucho mejor informada, mucho más uniforme que si van donde una matrona que es objetora. (...) Además, aquí se confirma la edad gestacional, el embarazo...» (Ginecóloga, Servicio Cántabro de Salud)

Desde esta perspectiva, la centralización se ve como una estrategia de blindaje frente a resistencias internas del sistema. Algunas profesionales subrayan que muchos médicos de familia no tienen la formación específica, o no están dispuestos a implicarse en estos procedimientos, y que el modelo evita fricciones con personal objetor o recién incorporado. Una ginecóloga lo ilustra con el siguiente ejemplo:

«Cuando un profesional llega nuevo a Atención Primaria por una baja o sustitución, no siempre sabe cómo manejar el circuito de IVE, lo que puede entorpecer o frenar el proceso.» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

No obstante, este modelo también presenta importantes límites, especialmente en términos de equidad territorial. Las mujeres que viven lejos de Santander deben realizar desplazamientos largos y costosos para completar el proceso. Algunas entrevistadas mencionan que hay localidades desde las que solo se puede acceder tomando un taxi hasta una cabecera comarcal (con un coste aproximado de 50 euros), y desde allí tomar transporte público hasta la capital. Esta situación supone una barrera añadida para mujeres con menos recursos o con menor disponibilidad de tiempo.

A su vez, varias profesionales lamentan que otros hospitales públicos de Cantabria —como Laredo, Sierrallana o Reinosa— no hayan sido integrados en el circuito, a pesar de que, en su opinión, no existen impedimentos técnicos para hacerlo. Una ginecóloga menciona que en el pasado hubo intentos de incorporar más centros, pero que finalmente no prosperaron:



«En Sierrallana se podría hacer y yo lo intenté cuando estaba allí, pero en Valdecilla no se quiso. (...) Se podría coger el área Torrelavega-Reinosa...» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

Mientras que una de las enfermeras entrevistadas recuerda que en el Hospital de Laredo «hubo una época en el que se hicieron» (Enfermera, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria), antes de que se promoviera el protocolo farmacológico.

Desde un punto de vista organizativo, las entrevistadas reconocen que el modelo cántabro tiene ventajas de simplicidad y coordinación, especialmente si se compara con comunidades más grandes o fragmentadas. Algunas hacen referencia al caso de Madrid, donde las mujeres pueden llegar a pasar por varios puntos antes de obtener la derivación definitiva. En Cantabria, en cambio, basta con acudir a La Cagiga —o en algunos casos a Atención Primaria— para comenzar el proceso de forma rápida.

Sin embargo, este modelo, al estar centrado en un único centro urbano, no aprovecha el potencial de la red pública comarcal ni garantiza un acceso igualitario en todo el territorio. Para muchas mujeres, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o alejadas de Santander, esto implica un acceso más precario y condicionado por factores externos al sistema de salud. Desde la experiencia de las profesionales entrevistadas, el equilibrio entre centralización y equidad territorial sigue siendo una asignatura pendiente.

6.2.3. CONCLUSIONES Y DEMANDAS SOBRE EL MODELO CÁNTABRO

El modelo de atención a la interrupción voluntaria del embarazo en Cantabria presenta un notable grado de organización y calidad asistencial, especialmente gracias a la centralización en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga y a la implantación eficiente del método farmacológico. Las profesionales reconocen que esta estructura ha garantizado un circuito claro, seguro y profesionalizado, evitando bloqueos derivados de la objeción de conciencia o de la falta de formación en otros niveles asistenciales.

No obstante, también coinciden en que este modelo, si bien sólido en algunos aspectos, tiene consecuencias prácticas y simbólicas que afectan negativamente al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La concentración exclusiva del acceso en un único centro urbano, sumada a la falta de clínicas acreditadas y a la escasa disponibilidad del método instrumental en el sistema público, genera desigualdades territoriales, restricciones en la libertad de elección del método y barreras añadidas para mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Según expresan varias profesionales, muchas mujeres —especialmente aquellas con dificultades económicas, laborales o sociales— se ven obligadas a optar por el método farmacológico no porque sea el más adecuado para ellas, sino porque es el único disponible

dentro del sistema público en Cantabria. Esta falta de opciones tiene impactos reales sobre su experiencia, su bienestar y su capacidad de decisión.

Ante este panorama, las entrevistadas formulan propuestas concretas que permitirían avanzar hacia un modelo más equitativo y respetuoso con la autonomía de las mujeres. Entre las principales líneas de mejora, destacan:

- **Desarrollar una modalidad de farmacológico intrahospitalario**, que permita ofrecer analgesia, acompañamiento clínico y seguimiento en aquellas situaciones en que el procedimiento domiciliario no sea viable o resulte inseguro.
- **Incorporar el método instrumental en los hospitales públicos de la comunidad**, de forma que las mujeres puedan elegir libremente entre ambos métodos sin tener que desplazarse fuera del territorio.
- **Descentralizar parcialmente el acceso a la IVE**, incorporando hospitales comarcales como Laredo o Sierrallana, siempre que cuenten con equipos formados y comprometidos, con el objetivo de reducir la desigualdad territorial.
- **Establecer equipos de profesionales del sistema público** que, de forma voluntaria, pero en el marco de sus funciones, y debidamente retribuidos y capacitados, realicen IVEs instrumentales en centros como Santa Clotilde o Lienres, garantizando así una oferta pública completa.

Estas propuestas no implican un cuestionamiento al método farmacológico en sí —que es valorado como efectivo, seguro y adecuado para muchas mujeres—, sino a la manera en que ha sido implementado como única opción. Como concluye una ginecóloga:

«Hay mujeres que están solas, con angustia, o que tienen miedo al dolor. Para ellas hay que plantear otras alternativas.» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

Con todo, el modelo cántabro podría consolidarse no solo como un ejemplo de buena organización técnica, sino también como un referente en el respeto a los derechos, la diversidad de situaciones y las necesidades reales de todas las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

EL ITINERARIO EN CANTABRIA:

Centralizado, limitado y desigual



BARRERAS GENERALES DE ACCESO A LA IVE EN CANTABRIA

- **Procedimiento dilatado:** los plazos reales superan lo previsto en el protocolo.
- **Protocolo obsoleto:** desde 2017 no se han actualizado aspectos clave como el registro de objetores o la eliminación del periodo de reflexión.
- **Limitaciones al instrumental:** las mujeres que requieren este método deben desplazarse fuera de Cantabria, asumiendo gastos, permisos laborales, explicaciones familiares y un fuerte impacto emocional. No existen garantías logísticas en estos traslados (alojamiento o acompañamiento).
- **Derecho limitado:** aunque la normativa estatal reconoce la libre elección hasta la semana 14, en Cantabria este derecho se ve restringido por la predominancia del método farmacológico.
- **Falta de formación profesional:** desconocimiento del circuito y ausencia de capacitación para el seguimiento.
- **Desigualdad territorial:** quienes viven lejos de Santander afrontan desplazamientos largos y costosos, lo que penaliza a mujeres con menos recursos o tiempo. La red pública comarcal está infrutilizada, generando un acceso desigual y precario.
- **Objeción de conciencia:** extendida y sin registro público efectivo, lo que impide reorganizar equipos.
- **Escasa información:** carencia de recursos claros y accesibles para usuarias.

BARRERAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

- **Capacitismo institucional** e infantilización.
- **Falta de medios adecuados** y formación específica de profesionales.
- **Ausencia de protocolos** adaptados a necesidades específicas
- **Inaccesibilidad generalizada:** espacios sin adaptar, carencia de apoyos técnicos y de profesionales especializados.

BARRERAS PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

- **Acceso al farmacológico:** permitido incluso sin documentación, tratándose como urgencia sanitaria.
- **Exigencia de tarjeta sanitaria:** necesaria para los procedimientos instrumentales, lo que excluye a muchas mujeres. Limitaciones para una elección libre e informada.
- **Falta de protocolos claros:** escasa información disponible y ausencia de mecanismos definidos.
- **Falta de información accesible:** ausencia de recursos claros en varios idiomas.
- **Atención desigual:** depende de la voluntad del personal sanitario y de la mediación de ONG y asociaciones.

BARRERAS PARA LAS MUJERES DE 16 Y 17 AÑOS

- **Tabú y ocultamiento:** necesidad de esconder el embarazo a las personas adultas.
- **Falta de recursos específicos:** escasez de centros de referencia y ausencia de servicios con profesionales especializados en juventud para realizar la IVE y acompañar el proceso.
- **Horarios no adaptados:** ausencia de atención fuera del horario lectivo, lo que dificulta la confidencialidad.
- **Carencia de acompañamiento** y atención específica.
- **Vínculos familiares en la atención primaria:** limitan la privacidad y generan temor a la exposición.
- **Burocracia compleja:** gran desconocimiento del procedimiento y un itinerario con numerosas trabas administrativas.

6.3. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

6.3.1. ADAPTACIÓN AUTONÓMICA DE LA LEY Y CIRCUITO DE ACCESO A LA IVE EN LA COMUNIDAD DE MADRID: COINCIDENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE NORMATIVA Y PRÁCTICA

A diferencia de otras comunidades autónomas que han elaborado protocolos clínicos y asistenciales propios para regular el acceso y manejo de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la Comunidad de Madrid no cuenta con un protocolo autonómico exclusivo que detalle circuitos asistenciales, criterios clínicos o procedimientos específicos. Por tanto, como en el caso manchego, la regulación del proceso parece limitarse a la aplicación directa de la normativa estatal —principalmente la Ley Orgánica 2/2010, modificada por la LO 1/2023— y a las guías comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Sanidad, 2024).

De hecho, la propia Consejería de Sanidad señala en su portal oficial que la prestación del servicio se realiza bajo el marco general establecido por el Estado, sin haber publicado hasta la fecha un documento autonómico público que articule derivaciones, tiempos o seguimiento clínico específico (Comunidad de Madrid, s. f.).

Esto implica que no existe una guía pública de referencia para profesionales o usuarias más allá de la legislación nacional y de los convenios con clínicas privadas concertadas. Tal carencia de protocolos específicos y registros autonómicos no solo constituye una laguna organizativa, sino que, según se analizará en los apartados posteriores, genera múltiples dificultades en el acceso efectivo al derecho a la IVE.

Asimismo, con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023, que introdujo reformas significativas, la Comunidad de Madrid se ha limitado a incorporar estos cambios mediante instrucciones administrativas del Servicio Madrileño de Salud, sin generar herramientas prácticas para facilitar su aplicación, ni ha servido para trasladar las últimas modificaciones a profesionales sanitarios, como se constará en los testimonios recogidos para este estudio.

EL ITINERARIO IVE EN MADRID: COMPLEJO, FRAGMENTADO Y OPACO

El itinerario que siguen la mayoría de las mujeres para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Madrid dista considerablemente del circuito normativo teórico que se desprende de la Ley Orgánica 2/2010 (modificada por la LO 1/2023) y de la información difundida por la propia Comunidad de Madrid.

Este marco establece que la mujer puede acudir a su médico de Atención Primaria o a una unidad específica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), donde se le proporciona información, se confirma la gestación y la edad gestacional mediante ecografía, se firma el consentimiento y se decide el método más adecuado —farmacológico o instrumental— en función de las semanas de embarazo y de su elección (Comunidad de Madrid, s. f.; Ministerio de Sanidad, 2024).

Sin embargo, las profesionales entrevistadas describen un circuito fragmentado, condicionado por requisitos administrativos y que difiere sensiblemente del modelo ideal:

1. Solicitud de información en Atención Primaria

La mayoría de las mujeres acuden a su centro de salud para solicitar la IVE, muchas de ellas por desconocer que este paso no es necesario para acceder al servicio.

1.1. Derivación a Trabajo Social

En algunas ocasiones, por desconocimiento, las mujeres son derivadas a Trabajo Social, aunque este paso ya no sea necesario, según la normativa vigente.

2. Solicitud de la IVE en clínica acreditada

La mujer solicita cita previa con una de las clínicas privadas acreditadas por la Comunidad de Madrid. Allí se realiza la ecografía para confirmar el embarazo, se comprueba que está dentro del plazo legal y se entrega el consentimiento. También se ofrece la primera orientación básica sobre el procedimiento, tanto si se opta por el farmacológico como por el instrumental.

◉ *«Lo primero que hacemos es la ecografía. Confirmar semanas y ubicación, claro, porque hay que descartar ectópicos. Después se explica el procedimiento, se entrega el consentimiento y se agenda para ir a Sagasta, que es donde te confirman que el SERMAS va a cubrir el aborto.» (Técnica administrativa en clínica acreditada, Madrid)*

3. Verificación de datos en la Unidad de la IVE del SERMAS (Sagasta)

También con cita previa, la mujer acude a la Unidad de la IVE de la Comunidad de Madrid, donde se revisa que disponga de derecho a cobertura sanitaria y se le entrega la carta de pago que autoriza a la clínica a facturar el procedimiento.

4. Regreso a la clínica acreditada para realizar la IVE

Con esa autorización, la mujer vuelve a la clínica donde se le practica la intervención:

- Si es instrumental, se realiza generalmente en una sola sesión ese mismo día.
- Si es farmacológico, suele administrarse la primera dosis en la clínica, y la segunda puede tomarse en casa y volver para control, según preferencia y estado.

◉ *«En el farmacológico se da la primera pastilla aquí y se le explica que puede volver o no para la segunda toma. Hacemos un seguimiento después.» (Técnica administrativa en clínica acreditada, Madrid)*

5. Seguimiento posterior

Aunque en teoría Atención Primaria puede realizar el seguimiento clínico posterior, en la práctica son las propias clínicas las que suelen encargarse:

«Si hay dudas o síntomas, nos llaman y les hacemos seguimiento. Preferimos que vuelvan aquí a control, porque en el centro de salud no siempre saben bien qué mirar.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

Este recorrido revela un proceso considerablemente más largo y fragmentado de lo que estipula la normativa estatal, obligando a la mujer a encadenar tres pasos distintos en el mejor de los casos —primera cita en la clínica para confirmar el embarazo y la edad gestacional, visita obligada a la unidad del SERMAS para obtener la autorización administrativa, y regreso a la clínica para practicar la IVE—, todos ellos con cita previa en fechas diferentes, lo que prolonga innecesariamente el acceso. En la práctica, este circuito supone una demora media de alrededor de una semana —con plazos que oscilan habitualmente entre 5 y 10 días—, condicionada por la disponibilidad de agendas tanto en la clínica acreditada como en la Unidad IVE.

Además, en contraposición al modelo descrito en la normativa, donde el sistema público asume el acompañamiento y la gestión del proceso, en la práctica son las clínicas acreditadas las que terminan coordinando casi en exclusiva todo el circuito, desde la primera información hasta el seguimiento.

A este circuito ya de por sí extenso y fragmentado, se suman otros tramos añadidos que prolongan aún más el proceso. Así, aunque la normativa estatal prevé que la mujer pueda acudir indistintamente a Atención Primaria o a un centro acreditado para iniciar el procedimiento, en Madrid, ante la ausencia de información pública y oficial para las mujeres, muchas usuarias acuden primero a su centro de salud. Esto añade un paso que, según relatan las profesionales entrevistadas, suele ser innecesario:

«Las mujeres vienen primero aquí, al centro de salud, pero en realidad, si van directamente a la clínica acreditada, allí mismo les hacen la ecografía, confirman semanas y les dan el consentimiento. Se ahorrarían una vuelta, pero como no está bien explicado, muchas acaban aquí.» (Trabajadora Social en Servicio Público de Salud, Madrid)

Otro problema recurrente es que, ante la falta de formación específica de algunos médicos/as de familia, hay profesionales que, por desconocimiento, envían a las mujeres a hablar con la trabajadora social del centro.

«A veces el médico no sabe bien cómo va ahora con la nueva ley y mandan a la mujer a Trabajo Social. Y claro, yo no estoy todos los días en el centro, igual tienen que volver otro día, esperar..., cuando solo era ir a la clínica con cita y ya.» (Trabajadora Social en Servicio Público de Salud, Madrid)

Este paso no es obligatorio, pues la evaluación de Trabajo Social solo es requerida en supuestos concretos y puede dilatar la interrupción todavía más si la trabajadora social no se encuentra ese día en el centro o no hay citas disponibles. Por otro lado, y como se ha indicado en entrevistas, la derivación innecesaria a Trabajo Social introduce un componente de estigmatización al acto de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo que no se observa en otras prestaciones sanitarias.

Esta concatenación de pasos redundantes, impulsada en parte por la ausencia de un protocolo autonómico claro y homogéneo que articule los circuitos, genera para muchas mujeres un proceso más largo, con vueltas innecesarias y mayor exposición emocional en un momento especialmente vulnerable. Como denuncian las profesionales, todo ello contribuye a un maltrato institucional sutil, que se añade a la carga física y emocional de interrumpir un embarazo:

«Lo de ir primero a Primaria, luego a la clínica, luego a Sagasta y volver a la clínica... ¿Para qué tanto? Es un maltrato institucional, como si fueran poniendo piedritas en el camino a ver si se cansan.» (Trabajadora Social en Servicio Público de Salud, Madrid)

Además, desde las propias clínicas concertadas señalan cómo este itinerario acaba teniendo un efecto intimidatorio y psicológico sobre las mujeres, que llegan a la consulta final con un nivel de angustia o confusión elevado:

«Es que algunas llegan con muchísimo miedo. Porque ya llevan dando vueltas, oyendo cosas que no son ciertas, y al final vienen destrozadas... Y hay que volver a explicarles todo desde cero para tranquilizarlas.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

6.3.2. BARRERAS Y FORTALEZAS DEL MODELO MADRILEÑO DE ACCESO A LA IVE

Ausencia de voluntad política y efectos estructurales

La Comunidad de Madrid constituye un caso paradigmático de cómo la voluntad política condiciona la implementación real de un derecho sanitario. Aunque la Ley Orgánica 2/2010, modificada por la Ley Orgánica 1/2023, establece la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como una prestación sanitaria garantizada, la falta de políticas autonómicas orientadas a su integración efectiva en el sistema público ha dado lugar a un modelo caracterizado por barreras estructurales, administrativas y simbólicas.

En Madrid no solo se observa una dejación de funciones en materia de organización sanitaria y regulación, sino que se han consolidado circuitos que introducen trabas adicionales al ejercicio del derecho, en contravención de los principios de accesibilidad, equidad y confidencialidad reconocidos por la normativa estatal (Ministerio de Sanidad, 2024).

Inexistencia de un protocolo autonómico: desinformación y circuitos irregulares

Una barrera estructural especialmente relevante en la Comunidad de Madrid es la ausencia de un protocolo clínico y asistencial autonómico que regule de forma clara y homogénea el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Esta carencia normativa no solo genera una gran variabilidad en la aplicación de la ley, sino que contribuye, según las profesionales entrevistadas, a la desinformación tanto entre usuarias como entre profesionales del sistema público, generando notables lagunas en el conocimiento del procedimiento y de las modificaciones legales introducidas por la última normativa:

⊙ *«Muchos médicos de familia todavía creen que solo se puede hasta la semana 14, o que hay que darles tres días para pensarlo. No saben que eso se eliminó. Y no lo saben porque la Consejería nunca hizo un curso obligatorio ni mandó nada a los centros.» (Médica de Atención Primaria, Madrid)*

A esta situación se suma una escasa difusión de información oficial para la ciudadanía sobre los pasos a seguir, lo que infringe el artículo 18 bis de la LO 1/2023:

⊙ *«Artículo 18 bis. Medidas para garantizar la información sobre la prestación.
Los poderes públicos ofrecerán información pública sobre el proceso, normativa y condiciones para interrumpir voluntariamente un embarazo, garantizando:
a) La accesibilidad a un itinerario sencillo y comprensible que tenga en cuenta las diferentes edades, condiciones socioeconómicas, de idioma y de discapacidad de las usuarias.»*

Así lo expresan varias profesionales del sistema público, quienes relatan que muchas mujeres no saben dónde acudir ni qué procedimiento iniciar. Este vacío obliga a las usuarias a buscar orientación en Internet, preguntar a su red cercana o directamente en clínicas acreditadas, generando un itinerario incierto que depende del primer contacto que establezcan con el sistema.

Esta situación deriva en itinerarios confusos, duplicación de pasos, derivaciones innecesarias y demoras evitables, que impactan directamente en la experiencia de las mujeres, como hemos analizado en el epígrafe anterior. Algunas llegan al centro de salud pensando que allí podrán realizar todo el proceso, cuando en realidad deben acudir a una clínica acreditada. Otras son derivadas a Trabajo Social.

Esta desinformación institucional no solo implica trabas operativas, sino que impacta emocionalmente en las mujeres, especialmente en aquellas en situaciones de vulnerabilidad. La vivencia de desorientación, incertidumbre o exposición pública refuerza lo que algunas profesionales definen como una forma de maltrato institucional, que añade carga emocional a un proceso ya de por sí delicado.

«Las mujeres vienen primero aquí, al centro de salud, pero en realidad, si fueran directamente a la clínica acreditada, allí mismo les hacen la ecografía, confirman semanas y dan el consentimiento. Se ahorrarían una vuelta, pero como no está bien explicado, muchas acaban aquí.»
(Trabajadora Social en Centro de Salud Público, Madrid)

En definitiva, el caso de Madrid revela una desconexión estructural entre el marco legal y la práctica institucional, que se traduce en barreras innecesarias, dilaciones y una externalización de responsabilidades hacia las clínicas acreditadas. La falta de un protocolo autonómico claro, sumada a la escasa formación del personal sanitario y a la ausencia de información accesible para las usuarias, configura un circuito opaco que vulnera el derecho a una interrupción voluntaria del embarazo segura, ágil y respetuosa. Es urgente que la Comunidad de Madrid adopte medidas efectivas para garantizar este derecho, cumpliendo con la legalidad vigente y poniendo fin al maltrato institucional que tantas mujeres denuncian.

Inexistencia de un registro de objetores: externalización sistemática a clínicas privadas

Otra de las barreras estructurales se encuentra en la no creación del registro autonómico de objetores y objetoras de conciencia, previsto en el artículo 19 ter de la Ley Orgánica 2/2010, incorporado tras su reforma en 2023. El gobierno de Madrid rechazó explícitamente constituir este registro, alegando que ello vulneraría la libertad individual de los profesionales (Europa Press, 2025).

La consecuencia es que no hay datos que permitan reorganizar equipos para garantizar la prestación en la red pública, lo que perpetúa una objeción de conciencia encubierta e institucionalizada. La sanidad pública madrileña realizó en 2023 menos del 0,3 % de las IVE, frente a un 99,7 % derivado a clínicas privadas concertadas (Ministerio de Sanidad, 2024). Una ginecóloga en hospital público lo explicó en términos claros:

«No quieren que el aborto sea un derecho garantizado en los hospitales públicos. No hacen el registro, así nadie sabe quién es objetor y quién no, y así no se reorganiza nada. Entonces, todo va a las clínicas.» (Ginecóloga en Hospital Público, Madrid)

Este modelo excluye al aborto de la normalidad del sistema sanitario público, refuerza la dependencia crónica de la red privada y vulnera el principio de equidad territorial. Además, dificulta el acceso a abortos en supuestos que requieren atención hospitalaria especializada, como las interrupciones por malformación fetal, que en muchas ocasiones deben realizarse fuera de la Comunidad de Madrid.

La Unidad de la IVE en Sagasta: un filtro administrativo que prolonga, expone y estigmatiza

El circuito madrileño incorpora un elemento específico que opera como barrera adicional al ejercicio del derecho a la IVE: la Unidad de la IVE, ubicada en la calle Sagasta. Este dispositivo no realiza funciones clínicas, sino exclusivamente administrativas: allí se comprueba la cobertura sanitaria de la mujer y se emite la carta de pago que autoriza a la clínica a facturar el procedimiento.

Este paso no está regulado expresamente en la normativa estatal ni en las guías del Sistema Nacional de Salud, que únicamente exigen el consentimiento informado, la confirmación de la edad gestacional y la libre elección del método. No obstante, en la Comunidad de Madrid, esta unidad funciona como un filtro administrativo añadido, al convertirse en la instancia que autoriza económicamente la intervención.

Varias profesionales subrayan que esta unidad no realiza ninguna función sanitaria efectiva y que su existencia responde exclusivamente a criterios burocráticos.

«¿Por qué tienen que ir a Sagasta? ¿Para qué? No les hacen más controles, no les informan de nada nuevo. Solo firman el papel para que el SERMAS pague. Es otro paso para complicarlo.» (Trabajadora Social en Centro Municipal de Salud, Madrid)

«Llamarle unidad es demasiado, porque deben de ser dos o tres personas (...) cuya única competencia es confirmar que tiene Seguridad Social, que tiene el numerito, y por lo tanto tiene derecho, y transferir a las clínicas.» (Ginecóloga en Servicio Público de Salud, Madrid)

A ello se suma el componente simbólico: allí se recuerda explícitamente a la mujer el coste económico que supone el procedimiento para el sistema público, algo que no ocurre con ninguna otra prestación sanitaria. Como relataba una profesional de una clínica acreditada:

«Te dicen lo que cuesta el procedimiento, para que sepas lo que está pagando la Comunidad por ti. Es casi un aviso. Eso no pasa con una cesárea ni con una operación de vesícula.» (Responsable de Atención a la Mujer en clínica acreditada, Madrid)

Las profesionales entrevistadas subrayan el fuerte componente intimidatorio y estigmatizante que tiene para muchas mujeres tener que acudir a este lugar. La propia configuración del espacio —un edificio público con un cartel explícito de IVE— expone innecesariamente a las usuarias, contraviniendo el principio de confidencialidad y respeto recogido en la normativa estatal:

«Es un edificio oficial. Tú entras allí y hay un cartel en grande que pone IVE. Es como, mira, tú vas a esto. (...) Da cierta intimidación. Eso se ha puesto en conocimiento de la Secretaría de Igualdad.» (Técnica Administrativa en clínica acreditada, Madrid)

Además, algunos relatos evidencian que parte del personal de la unidad excede sus competencias, ofreciendo comentarios personales o incluso informaciones inexactas que terminan por generar miedo y desconcierto en mujeres que ya llegan a ese punto en un estado de vulnerabilidad emocional:

◉ *«Hay pacientes a las que les han dicho cosas que no son reales, como que se pueden quedar sin útero. (...) Tú imagínate cómo vienen aquí. De repente una llantina..., y tienes que volver a explicarles todo, porque vienen muertas de miedo.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)*

De este modo, la Unidad de la IVE —sin valor asistencial real— se ha convertido en un paso obligatorio para acceder a la prestación pública, prolongando el itinerario, sumando trámites y multiplicando la exposición pública. Todo ello, en lugar de actuar como garante del derecho, refuerza la vivencia de la IVE como algo vigilado y supervisado por la Administración, con un impacto emocional y simbólico que las propias profesionales describen como una forma de maltrato institucional, lejos del acompañamiento digno y confidencial que debería caracterizar este proceso.

Ausencia de perímetros de seguridad: acoso antiabortista sin respuesta institucional

La Comunidad de Madrid no ha adoptado medidas específicas para garantizar entornos libres de hostigamiento en las inmediaciones de las clínicas acreditadas para la IVE. Pese a la reforma del Código Penal en 2022, que tipifica el acoso a mujeres que acuden a interrumpir su embarazo, la administración madrileña no ha establecido perímetros de seguridad ni protocolos policiales estables. A diferencia de otras comunidades autónomas, que sí han desarrollado mecanismos para prevenir y sancionar estas conductas, en Madrid la protección efectiva sigue dependiendo de la voluntad de las fuerzas de seguridad locales o de las propias clínicas.

Esto permite que grupos antiabortistas continúen con sus concentraciones y prácticas de presión directa, generando un clima de intimidación en un momento particularmente vulnerable. Una trabajadora social describía esta situación:

◉ *«Vienen, se arrodillan, rezan, o directamente paran a las mujeres para darles folletos. La policía dice que no pueden hacer nada porque no hay perímetro. Así que siguen, y para las chicas es un momento horrible. Ya vienen nerviosas y encima tienen que pasar por ese pasillo de presión.» (Técnica Administrativa en clínica acreditada, Madrid)*

La ausencia de intervención efectiva por parte de la administración refuerza la percepción de que el aborto no constituye un derecho normalizado, sino un acto sometido a vigilancia social.

Más allá de la dejación: obstáculos deliberados al ejercicio del derecho

El caso madrileño revela que el problema no se limita a la inacción o la falta de impulso político, sino que existen elementos organizativos que configuran un entramado deliberado de obstáculos, cuyo efecto acumulativo pretende desalentar el acceso o prolongar innecesariamente el proceso.

La falta de protocolo, la inexistencia de registro de objetores, la obligatoriedad de acudir a la Unidad de Sagasta, la incorporación de personal para hablar sobre alternativas de maternidad y la tolerancia frente al acoso en clínicas, conforman un sistema que complejiza el acceso al aborto en lugar de garantizarlo. Como subrayaba una médica de Atención Primaria:

«Con la eutanasia sí se ha hecho mucho trabajo: formaron a los médicos, crearon el registro de objetores, sacaron protocolos... Porque ahí sí hubo voluntad política. Con el aborto, no: no solo no hay voluntad, sino que se ponen trabas adicionales.» (Médica de Atención Primaria, Madrid)

Este tipo de obstáculos deliberados no solo contravienen el mandato legal de garantizar el acceso efectivo a la IVE en condiciones de equidad, sino que amplifican el estigma, prolongan los tiempos y generan una vivencia institucional de control y desconfianza que impacta directamente en la autonomía y el bienestar de las mujeres.

6.3.3. CONCLUSIONES Y DEMANDAS SOBRE EL MODELO MADRILEÑO

La Comunidad de Madrid constituye un ejemplo paradigmático de cómo la ausencia de voluntad política y la configuración de dispositivos administrativos y simbólicos pueden desnaturalizar un derecho sanitario, trasladando a las mujeres la carga de gestionar itinerarios complejos, afrontando presiones externas y asumiendo un estigma institucionalizado.

Revertir este modelo exige una intervención decidida que incluya la elaboración de un protocolo autonómico claro, la creación del registro de objetores previsto en la ley, la eliminación de filtros administrativos innecesarios como la Unidad de Sagasta, el establecimiento de perímetros de seguridad frente al acoso y la garantía de una atención informada y respetuosa en el ámbito público. Solo así podrá cumplirse de manera efectiva lo que la normativa estatal reconoce: que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental de salud sexual y reproductiva, que debe ser garantizado con calidad, equidad y sin discriminación.

EL ITINERARIO EN MADRID:

Complejo, fragmentado y opaco



BARRERAS PARA LAS MUJERES DURANTE EL ITINERARIO

- Es necesario pedir cita previa lo que genera una demora en el proceso
- Desconocimiento general: usuarias y profesionales desconocen que este paso no es obligatorio.
- Introduce un componente de estigmatización
- Laguna administrativa: genera trabas y retrasa el acceso efectivo a la IVE.

- Es necesario pedir cita previa lo que genera una demora en el proceso

- Es necesario pedir cita previa lo que genera una demora en el proceso
- No realiza funciones clínicas, solo administrativas.
- Fuerte componente intimidatorio y estigmatizante
- Suma trámites y multiplica la exposición pública

- La ausencia de espacios seguros para la administración de la segunda dosis puede convertirse en una barrera significativa, especialmente para mujeres víctimas de violencia de género, mujeres jóvenes y mujeres en situación de prostitución, que ven limitado su acceso en condiciones de seguridad y confidencialidad.

- Acoso en las clínicas acreditadas
- Acoso organizado a profesionales y usuarias.
- Sin perímetros de seguridad ni protocolos de protección.
- Violencia e intimidación que es una vulneración de derechos (LO10/1995, de 23 noviembre)

- Puede hacerse en atención primaria, pero se hace en las clínicas por falta de formación en atención primaria para realizar el seguimiento

BARRERAS GENERALES DE ACCESO A LA IVE EN MADRID

- **Ausencia de protocolo autonómico:** no existe guía pública de referencia para profesionales ni usuarias.
- **Desajuste legal:** el procedimiento real no se ajusta a lo establecido en la ley.
- **Itinerario fragmentado y confuso:** dividido en tres pasos, con desplazamientos obligados, demoras y derivaciones innecesarias.
- **Sobrecarga emocional:** el proceso prolongado expone a las mujeres a un maltrato institucional sutil con efectos intimidatorios y psicológicos.
- **Falta de formación profesional:** carencia de capacitación específica sobre IVE.
- **Carencia de información para usuarias:** ausencia de recursos claros y accesibles.
- **Inexistencia de registro de objetores:** sin datos que permitan reorganizar equipos. La objeción de conciencia se encuentra institucionalizada y encubierta, excluyendo la IVE de la red pública y dificultando el acceso a casos que requieren atención hospitalaria especializada.

BARRERAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

- **Capacitismo institucional** e infantilización.
- **Falta de medios adecuados** y formación específica de profesionales.
- **Ausencia de protocolos** adaptados a necesidades específicas
- **Resistencias institucionales:** desconocimiento de cambios legislativos.
- **Inaccesibilidad generalizada:** espacios sin adaptar, carencia de apoyos técnicos y de profesionales especializados.

BARRERAS PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

- **Exigencias burocráticas:** al itinerario común se añaden trámites administrativos adicionales, como el DASE (*Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros*) y otros trámites. Más complejidad añadida.
- **Plazos largos** y gran dificultad en la tramitación.
- **Atención no automática y garantizada:** muchas veces depende de la voluntad del personal que interviene en el proceso.
- **Falta de formación** de profesionales sobre los pasos necesarios.
- **Desinformación y estigmatización** hacia las mujeres.
- **Unidad IVE:** paso obligatorio que genera miedo y deja fuera a muchas mujeres del itinerario.

BARRERAS PARA LAS MUJERES DE 16 Y 17 AÑOS

- **Tabú y ocultamiento:** necesidad de esconder el embarazo a las personas adultas.
- **Falta de recursos específicos:** no existen centros de sexualidad juvenil donde se realice la IVE ni servicios con profesionales especializados.
- **Horarios no adaptados:** ausencia de atención fuera del horario lectivo, lo que dificulta la confidencialidad.
- **Carencia de acompañamiento** y atención específica.
- **Vínculos familiares en la atención primaria:** limitan la privacidad y generan temor a la exposición.
- **Burocracia compleja:** gran desconocimiento del procedimiento y un itinerario con numerosas trabas administrativas.



***Educación
sexual integral***



6.4. CATALUÑA

6.4.1. ADAPTACIÓN AUTONÓMICA DE LA LEY Y CIRCUITO DE ACCESO A LA IVE EN CATALUÑA: COINCIDENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE NORMATIVA Y PRÁCTICA

Desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, y especialmente tras su reforma mediante la Ley Orgánica 1/2023, Cataluña ha destacado por una política activa para integrar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en su sistema sanitario. En 2017, el Departamento de Salud aprobó el Decreto 151/2017, que estableció requisitos técnicos y sanitarios obligatorios para los proveedores, definió criterios de acreditación de centros y reguló el procedimiento de autorización (DOGC, 2017).

Este marco se consolidó con sucesivas Órdenes y Decretos que fijan las condiciones y tarifas para los procedimientos IVE financiados por el CatSalut, así como un Programa de Acción Estadística específico para el seguimiento y planificación de la IVE (DOGC, 2020a; DOGC, 2020b; DOGC, 2022). Estos desarrollos normativos permiten que Cataluña disponga de un marco técnico y operativo propio, más detallado que el mínimo estatal.

ITINERARIO ASISTENCIAL

Cataluña ha desarrollado un modelo mixto que combina dispositivos públicos con hospitales de provisión pública, pero titularidad mixta, y clínicas concertadas. La Administración catalana afirma garantizar la accesibilidad mediante una red estructurada de estos dispositivos, un total de ochenta en todo el territorio entre centros de Atención a la salud sexual i reproductiva (ASSIR), hospitales públicos y clínicas privadas acreditadas, los cuales se distribuyen de tal forma que cubren tanto áreas metropolitanas como zonas rurales o de montaña.

Este diseño busca asegurar el acceso equitativo en el territorio, aunque todavía persisten desafíos en áreas no metropolitanas, tal y como señalan las profesionales:



«Aún persiste cierta desinformación sobre la gratuidad y acceso en zonas dispersas.» (Silvia Aldarvet, *Asociació de Drets Sexuals i Reproductius, Catalunya*)

El itinerario en Cataluña comienza preferiblemente en los centros ASSIR, aunque también se puede acceder desde los Centros Jóvenes de Atención a la Sexualidad (CJAS). En ambos espacios las mujeres reciben información, acompañamiento y asesoramiento sobre el método más adecuado. En caso de elegir el método farmacológico, pueden realizarlo en el propio ASSIR, mientras que las intervenciones instrumentales se derivan a clínicas acreditadas o, en casos específicos, a hospitales públicos.

6.4.2. BARRERAS Y FORTALEZAS DEL MODELO CATALÁN DE ACCESO A LA IVE

Farmacológico: despliegue, ventajas y límites

Cataluña presenta una de las tasas más elevadas de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) financiadas con fondos públicos, en gran parte gracias al amplio despliegue del método farmacológico a través de los centros ASSIR. Esta estrategia ha permitido integrar el aborto temprano en la Atención Primaria, reduciendo costes y evitando una medicalización innecesaria.

Tal como destaca Ramón Escuriet, director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva:

«Es un procedimiento menos intervencionista, más fisiológico, que devuelve a la mujer un cierto control sobre su proceso reproductivo.»

No obstante, tanto Escuriet como Silvia Aldavert advierten que esta opción debe aplicarse teniendo en cuenta las circunstancias vitales de cada mujer. Aldavert señala:

«El farmacológico está muy bien, pero no siempre es como “una regla más”, como a veces se dice. Puede ser una experiencia física muy intensa, visualmente impactante. Y hay chicas que viven en centros tutelados, o mujeres que comparten piso y no tienen intimidad. No siempre es el mejor método para todas.»

Además, las profesionales subrayan que, en gestaciones más avanzadas, el método farmacológico puede provocar mayor dolor o complicaciones. Por este motivo, Cataluña ha incorporado mejoras en analgesia en sus protocolos.

Asimismo, es fundamental garantizar que todas las mujeres puedan tomar una decisión informada sobre el método de interrupción que desean. Esto implica que reciban información clara, accesible y actualizada sobre las opciones disponibles —farmacológica o instrumental—, sus implicaciones físicas y emocionales, y las condiciones en las que se llevarán a cabo. Solo así se asegura que la elección sea realmente libre y adecuada a sus necesidades, y no condicionada por la oferta disponible, las limitaciones estructurales del sistema o la presión institucional.

En definitiva, aunque la implementación del método farmacológico constituye una estrategia eficaz para ampliar el acceso a la IVE de forma rápida y generalizada, su expansión debe estar siempre orientada a garantizar los derechos, la autonomía y el bienestar de las mujeres. No debe utilizarse como sustituto de la IVE instrumental en los centros públicos, ni como mecanismo para sortear la objeción de conciencia del personal sanitario.

Accesibilidad territorial y desigualdades organizativas

El modelo catalán se ha consolidado como uno de los más accesibles de España gracias a la amplia red de centros ASSIR, donde se ofrece atención cercana y descentralizada, especialmente en lo relativo al método farmacológico. Esta cobertura territorial ha permitido acercar la IVE a las mujeres, especialmente en gestaciones tempranas. Sin embargo, el acceso no es igualmente rápido ni cercano para quienes, por decisión o necesidad clínica, requieren una intervención instrumental.

En áreas rurales o comarcas del Pirineo, las mujeres que optan o necesitan este procedimiento deben ser derivadas a hospitales específicos o incluso desplazarse a Barcelona, sin que exista cobertura explícita del traslado ni del alojamiento por parte del sistema sanitario. Este factor logístico y económico puede actuar como una barrera indirecta, especialmente para mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

Además, en algunos centros, la realización de las IVE depende de la disponibilidad puntual del profesional que realiza el procedimiento, lo que introduce esperas adicionales:

«Hay sitios donde el médico que hace las IVE va solo algunos días a la semana. Si justo pides cita un jueves y te toca esperar a que vuelva el martes, ya son días de retraso añadidos.» (Silvia Aldavert)

Estas demoras, aunque no supongan un incumplimiento legal de plazos, tienen impacto emocional y físico, especialmente para quienes atraviesan el proceso en condiciones de mayor fragilidad. Para Silvia Aldavert, este requerimiento clínico y organizativo deriva en esperas similares al eliminado período de reflexión:

«No hay un periodo de reflexión, pero si tienen que esperar tres o cinco días porque solo un ginecólogo puede recetar la medicación, el efecto es parecido. Se termina dilatando el proceso por el diseño del propio circuito.»

Algunos elementos del itinerario parecen responder más a la conveniencia organizativa — disponibilidad de quirófanos, distribución de costes o gestión de objeciones— que a un enfoque centrado en la situación y necesidades de cada mujer:

«El modelo prioriza cómo el sistema puede asumir el aborto con menos objeción, menos costes, menos complicaciones. Pero a veces no mira tanto si ese método concreto es el mejor para esa mujer, con su edad, su situación familiar, su historia.» (Silvia Aldavert)

En resumen, aunque el modelo catalán ha avanzado de forma notable en la descentralización y accesibilidad del aborto farmacológico, persisten desigualdades organizativas y territoriales que afectan especialmente a quienes requieren el método instrumental o viven fuera de los grandes núcleos urbanos. Estas limitaciones, lejos de ser excepcionales, reflejan la necesidad

de seguir ajustando los circuitos asistenciales para que la elección del método y la calidad del acompañamiento no dependan del código postal ni del diseño interno del sistema, sino de las necesidades reales de cada mujer.

Privatizar el aborto: imaginarios sociales, pago indebido y percepción del aborto como algo externo

Aunque en Cataluña el aborto está ampliamente financiado con fondos públicos, las intervenciones instrumentales se siguen realizando, en su mayoría, en clínicas privadas o concertadas. Por tanto, aún persisten desafíos importantes para garantizar un acceso plenamente público, equitativo y efectivo a este servicio.

Asimismo, la derivación a centros privados refuerza la percepción de que la IVE se trata de un procedimiento ajeno al circuito sanitario ordinario y contribuye a una experiencia de extrañeza, confusión y desinformación entre las usuarias:

«Treinta años después todavía nos encontramos con mujeres que preguntan: “¿Esto que estoy haciendo es legal? ¿Voy a tener que pagarlo?”» (Silvia Aldavert)

Este tipo de percepción errónea puede derivar en situaciones de pago indebido. Algunas mujeres terminan abonando el procedimiento por desconocimiento o por recibir información ambigua o incorrecta en algunos centros sanitarios:

«Muchas mujeres acaban pagando. Pagan porque no saben, porque alguien en el centro les dice que ahí no se puede, o que tienen que buscarse la vida.» (Silvia Aldavert)

Esa situación no es exclusiva de Cataluña, sino que se repite a lo largo del territorio español en tanto que la IVE, por método instrumental, continúa dependiendo del concierto con clínicas privadas acreditadas. Por tanto, se evidencia, por un lado, la necesidad de implementar la IVE en centros sanitarios públicos; y por otro, la necesidad de reforzar las campañas informativas para garantizar que ninguna mujer asuma costes indebidos por un derecho reconocido legalmente y cubierto por el sistema público.

Para terminar, resulta de interés recoger el debate sobre qué es público y qué es privado cuando nos enfrentamos a un sistema sanitario fuertemente privatizado, no solo en Cataluña. Aunque alguno de los hospitales donde se practica la IVE están integrados en la red pública, en realidad son gestionados mediante conciertos o por patronatos privados, algunos incluso de carácter religioso. Esta privatización, en opinión de Silvia Aldavert, diluye los contornos entre lo público y lo privado:

«Nos tenemos que preguntar qué es realmente público, porque tenemos hospitales que funcionan con conciertos, con patronatos privados, que aunque estén en la red pública, son gestionados por entidades privadas, incluso religiosas. Eso, en el fondo, tiene un impacto en cómo se viven los derechos reproductivos.»

En conjunto, estos elementos revelan que garantizar el acceso al aborto no depende únicamente de su financiación pública o de la cobertura normativa, sino también de cómo se organiza y comunica la prestación. Mientras la IVE continúe percibiéndose como un servicio externo o excepcional, y se mantengan dinámicas que inducen al pago indebido o a la confusión, persistirán barreras simbólicas que limitan el ejercicio efectivo del derecho para las mujeres. Reforzar el carácter público, transparente y normalizado de esta atención es clave para avanzar hacia una verdadera equidad reproductiva.

6.4.3. CONCLUSIONES Y DEMANDAS SOBRE DEL MODELO CATALÁN

A diferencia de lo observado en otras comunidades autónomas, donde la ausencia de voluntad política ha derivado en dejación de funciones o en la creación de circuitos que dificultan el acceso, Cataluña constituye un ejemplo paradigmático de cómo la decisión política de garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) puede traducirse en un servicio público robusto, aunque con retos por delante.

Esta voluntad se evidencia no solo en el desarrollo de normativa propia, sino en el compromiso sostenido por parte de la administración sanitaria autonómica por impulsar protocolos específicos, formar a profesionales, establecer registros de objetores y diseñar una red territorial que dé respuesta al conjunto de la población. Como destacó Ramón Escuriet (Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva. Departament de Salut i Servei Català de la Salut):



«Si una prestación es pública, no caben excusas. La administración tiene la obligación de planificarla y garantizar el acceso, y eso en Cataluña se entendió desde el primer momento.»

Este posicionamiento institucional contrasta con lo observado en otras regiones, donde el aborto sigue percibiéndose y gestionándose como un servicio excepcional, externalizado o incluso marginado del circuito sanitario ordinario. A continuación, destacamos algunas de las claves del modelo en Cataluña:

i) Desarrollo normativo y protocolos propios. Uno de los principales pilares del modelo catalán ha sido la adopción de un marco normativo detallado y adaptado, que trasciende el mínimo previsto en la Ley Orgánica 2/2010 y su reforma de 2023.

A través del Decreto 151/2017 y de órdenes como la SLT/63/2020 y SLT/71/2020, Cataluña no solo reguló los requisitos técnicos y sanitarios de los centros que practican la IVE, sino que fijó tarifas, condiciones contractuales y criterios específicos que dotan de seguridad jurídica y homogeneidad a la prestación. Este desarrollo reglamentario ha permitido establecer circuitos claros, proteger la financiación pública y reducir la variabilidad entre territorios, sentando una base sólida para la garantía del derecho.

ii) Despliegue de los ASSIR. La red de centros de Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) constituye otro de los elementos diferenciales del modelo catalán. Estos dispositivos, integrados habitualmente en complejos hospitalarios o

en coordinación estrecha con ellos, ofrecen un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, incluyendo anticoncepción, educación sexual, detección de infecciones de transmisión sexual, así como la propia IVE.

Este enfoque no solo mejora la calidad del seguimiento clínico y la derivación en caso necesario, sino que contribuye a normalizar la interrupción voluntaria del embarazo como una prestación más dentro de la cartera de servicios del sistema público. Silvia Aldavert valoraba en entrevista este despliegue:

«El hecho de que tengas un ASSIR en tu zona donde se hable de sexualidad, anticoncepción, prevención y también del aborto, todo en el mismo lugar, le quita ese halo de excepcionalidad. Lo convierte en salud pública, que es lo que debe ser.»

iii) Centros Jóvenes de Atención a la Sexualidad (CJAS). Cataluña ha dado un paso adicional al establecer los CJAS, dispositivos específicos orientados a población joven que funcionan de forma independiente a los centros hospitalarios. Estos espacios ofrecen una atención confidencial, adaptada a la etapa vital de adolescentes y jóvenes adultos, en un entorno menos medicalizado y con profesionales formados en acompañamiento psicosocial. Esta estrategia facilita el acceso a un grupo que, por su situación de dependencia económica o familiar, puede enfrentarse con mayores barreras para ejercer su derecho a una IVE en un ambiente de seguridad y respeto.

iv) Registro autonómico de objetores y planificación de recursos humanos. Otro de los puntos destacables del modelo catalán es la creación temprana de un registro autonómico de objetores y objetoras de conciencia, en línea con lo dispuesto por la normativa estatal, pero que en Cataluña se implementó con mayor celeridad y precisión que en otros territorios.

Este registro permite organizar los equipos garantizando que siempre existan profesionales no objetores disponibles para realizar las IVE, lo que protege efectivamente el derecho de las mujeres y alivia las tensiones derivadas de la objeción individual. Según Escuriet:

«El registro es clave. Saber quién puede y quiere realizar la prestación permite planificar, distribuir la carga y evitar sorpresas que dejen sin servicio a un territorio.»

v) Implicación de sociedades científicas y actualización permanente del protocolo. El proceso de elaboración y revisión de los protocolos en Cataluña ha contado con una notable participación de sociedades científicas y colectivos profesionales que han aportado evidencia actualizada y experiencias clínicas para

mejorar la práctica. Este trabajo colaborativo ha derivado en protocolos que incorporan, por ejemplo, mejores pautas de analgesia en el farmacológico y recomendaciones para el acompañamiento emocional, aspectos esenciales para garantizar una atención centrada en la mujer.

vi) Planificación territorial orientada a la equidad. Cataluña ha estructurado su red de ASSIR, hospitales y clínicas acreditadas con criterios de distribución geográfica que buscan reducir desigualdades territoriales, de modo que tanto áreas metropolitanas como comarcas rurales dispongan de acceso a la IVE. Si bien, como se analizó en apartados previos, todavía persisten ciertos retrasos puntuales en zonas muy aisladas, el modelo territorial catalán ha logrado minimizar desplazamientos largos y favorecer un acceso más homogéneo.

En definitiva, el caso catalán muestra cómo la combinación de voluntad política, planificación normativa, organización territorial y participación profesional puede traducir un derecho formal —como es el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo— en un servicio público efectivo, cercano y sostenible. Sus experiencias ofrecen claves valiosas para otras comunidades autónomas que deseen fortalecer la garantía real del derecho a decidir, mediante un enfoque que priorice la equidad, la información y el respeto a la autonomía de cada mujer.

Sin embargo, pese a los avances señalados, subsisten algunos aspectos críticos que el propio modelo catalán debe seguir abordando. Entre ellos, la necesidad de continuar ampliando la disponibilidad del instrumental en hospitales públicos y aumentar la red de dispositivos en áreas de menor densidad poblacional, consiguiendo, de esta forma, que la elección del método responda únicamente a la situación y voluntad de la mujer.

EL ITINERARIO EN CATALUÑA:

Una red más extensa, mas organizado, pero con barreras pendientes



BARRERAS GENERALES DE ACCESO A LA IVE EN CATALUÑA

- **Objeción de conciencia extendida:** sin registro público efectivo que permita reorganizar equipos.
- **Escasa información para usuarias:** ausencia de recursos claros y accesibles.
- **Persistencia del estigma:** actitudes discriminatorias que afectan a la atención.
- **Concentración hospitalaria:** la atención se limita a pocos centros, generando desigualdad territorial.
- **Desinformación territorial:** en áreas rurales y de montaña la información es insuficiente.
- **Limitación del método instrumental:** poca disponibilidad en hospitales públicos..

BARRERAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

- **Capacitismo institucional** e infantilización.
- **Falta de medios adecuados** y formación específica de profesionales.
- **Ausencia de protocolos** adaptados a necesidades específicas
- **Inaccesibilidad generalizada:** espacios sin adaptar, carencia de apoyos técnicos y de profesionales especializados.

BARRERAS PARA LAS MUJERES EN ITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

- **Acceso condicionado:** necesidad de la tarjeta sanitaria catalana (TSI).
- **Exigencias burocráticas:** normativas de extranjería, plazos de empadronamiento y trámites que generan demoras y exclusión.
- **Falta de información accesible:** ausencia de recursos claros en varios idiomas.
- **Desconocimiento generalizado:** profesionales y usuarias no conocen mecanismos efectivos de acceso.
- **Atención desigual:** depende de la voluntad del personal sanitario y de la mediación de ONG y asociaciones.
- **Desprotección emocional y legal:** motivada por el miedo, la urgencia o la falta de recursos económicos.
- **Cobertura institucional insuficiente:** trato desigual y ausencia de mecanismos claros.

BARRERAS PARA LAS MENORES DE 16 Y 17 AÑOS

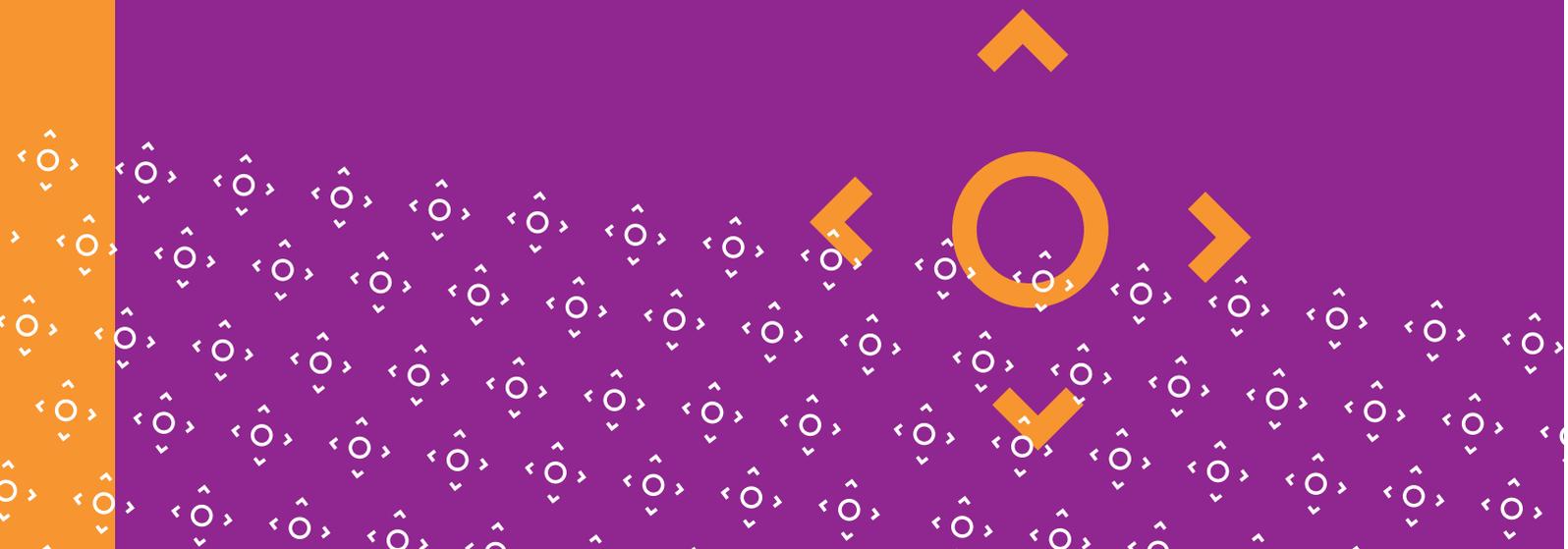
- **Tabú y ocultamiento:** necesidad de esconder el embarazo a las personas adultas.
- **Falta de recursos específicos:** escasez de centros de referencia y ausencia de servicios con profesionales especializados en juventud para realizar la IVE y acompañar el proceso.
- **Horarios no adaptados:** ausencia de atención fuera del horario lectivo, lo que dificulta la confidencialidad.
- **Carencia de acompañamiento** y atención específica.
- **Vínculos familiares en la atención primaria:** limitan la privacidad y generan temor a la exposición.
- **Burocracia compleja:** gran desconocimiento del procedimiento y un itinerario con numerosas trabas administrativas.

EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

7

**ANÁLISIS DE LAS
BARRERAS ESPECÍFICAS
DE COLECTIVOS
VULNERABLES**





○ ANÁLISIS DE LAS BARRERAS ESPECÍFICAS DE COLECTIVOS VULNERABLES

7.1. MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

La normativa estatal reconoce el aborto como una prestación garantizada dentro del Sistema Nacional de Salud, accesible para todas las mujeres que se encuentren en territorio español, con independencia de su nacionalidad o situación administrativa (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, artículo 3.2, en la redacción dada por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero). Además, el aborto se considera expresamente un procedimiento sanitario de urgencia, dada su sujeción a plazos, lo que refuerza la obligación del sistema sanitario de asegurar un acceso rápido y efectivo (artículo 19.6 LO 2/2010).

No obstante, este derecho encuentra importantes restricciones en la práctica cuando se trata de mujeres en situación administrativa irregular, especialmente aquellas que carecen de empadronamiento, de tarjeta sanitaria o que se encuentran en contextos de alta vulnerabilidad social, como las mujeres en situación de prostitución, sin hogar o víctimas de trata.

Aunque existen vías jurídicas que podrían facilitar el acceso, como las prestaciones de urgencia reguladas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, o la cobertura prevista en la Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España, en coordinación con los mecanismos habilitados por la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, y el Real Decreto-ley 7/2018, sobre acceso universal al sistema sanitario, su aplicación es profundamente desigual.

Distintos informes han documentado estas dificultades. Por ejemplo, el Defensor del Pueblo advirtió de la existencia de obstáculos administrativos que impiden a mujeres sin tarjeta sanitaria acceder a la IVE, incluso en casos urgentes. Asimismo, organizaciones como la

Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) han denunciado reiteradamente la existencia de criterios restrictivos en algunas comunidades autónomas, como la exigencia de empadronamiento, justificación económica o acreditación de urgencia médica para poder ejercer este derecho (FPFE, 2019; 2021). La Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE (ACAI) ha señalado además que estas barreras afectan de forma desproporcionada a mujeres migrantes, especialmente a las más jóvenes o en situación de exclusión, que muchas veces terminan recurriendo a redes informales o sufren retrasos incompatibles con los plazos legales.

En consecuencia, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se convierte en muchos casos en una lotería institucional, en la que el ejercicio de un derecho fundamental depende más de la implicación del personal sanitario o del criterio discrecional de las trabajadoras sociales que de las garantías legales ofrecidas por el sistema público. Se trata, en realidad, de una función que el propio sistema les atribuye de manera innecesaria, con la responsabilidad ética añadida que conlleva, lo que desplaza sobre estas profesionales una carga que debería estar garantizada estructuralmente por la organización sanitaria.

Esta situación vulnera no solo el principio de igualdad en el acceso a la salud, sino también la obligación del Estado de garantizar derechos fundamentales sin discriminación, tal como recogen tanto la normativa nacional como los tratados internacionales suscritos por España.

A) CASTILLA-LA MANCHA

En Castilla-La Mancha, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para mujeres en situación administrativa irregular parece, según el relato de las personas entrevistadas, un escenario menos restrictivo que en otras comunidades autónomas. No obstante, esta percepción positiva se entremezcla con la ausencia de información sistematizada y la falta de circuitos asistenciales claros.

Las entrevistas confirman este escenario ambivalente, señalando que, aunque las mujeres no dispongan de tarjeta sanitaria, pueden ser atendidas en centros de salud y derivadas para la interrupción:

«Pues el acceso es, en principio, igual [que en otros casos]. Tienen que ser atendidas en los Centros de Salud, aunque no tengan tarjeta sanitaria. Es una prestación y las tienen que derivar.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

Incluso se subraya que, a diferencia de lo que ocurre en otros territorios como Madrid, no se exige un periodo mínimo de estancia en España para acceder a este derecho:

«Aquí las derivan (...) aunque no tengan tarjeta sanitaria. Así como en otras Comunidades tienen problemas, en La Mancha no suelen tener problemas.» (Trabajadora Social, Castilla-La Mancha)

Sin embargo, esta imagen de accesibilidad contrasta con otros testimonios que insisten en la centralidad de la tarjeta sanitaria y en las dificultades que implica conseguirla. Como señala una jurista entrevistada, la tarjeta y el empadronamiento son requisitos prácticamente imprescindibles:

«La tarjeta sanitaria es imprescindible, así como el empadronamiento también. Sin empadronamiento tienes muchas dificultades.» (Jurista, Castilla-La Mancha)

En este escenario difuso, también hay quien reconoce no saber con certeza cómo se articula el acceso a la IVE para estas mujeres, lo que pone en evidencia la falta de formación o coordinación dentro del propio sistema:

«Yo no sé si es a través de eso [Atención Primaria] o a través de las trabajadoras sociales, la verdad, no lo sé. O también por urgencias, en urgencias no tienes que tener tarjeta sanitaria.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

De forma general, la situación en Castilla-La Mancha parece regirse por la normativa estatal, que contempla el acceso a la atención sanitaria —incluida la IVE— para personas en situación administrativa irregular en ciertos supuestos relativos a urgencias o riesgo grave para la salud, como los recogidos en los artículos 3 y 4 del Real Decreto 1030/2006. Sin embargo, su aplicación parece altamente variable y dependiente del conocimiento, voluntad e implicación del personal sanitario o de las trabajadoras sociales. Esta dependencia refuerza la idea de que, si bien el acceso se produce, no está garantizado de forma estructural ni universal.

La sensación general que dejan los testimonios es que en Castilla-La Mancha se dan menos trabas que en otros territorios, pero esta ausencia de obstáculos no se traduce automáticamente en la existencia de un modelo garantista o un protocolo integrado de manera efectiva en los servicios. La atención parece dirigirse más por la disposición de profesionales concretos que por la existencia de un marco claro y homogéneo, lo que genera incertidumbre y pone en cuestión la equidad del sistema.

B) CANTABRIA

Los testimonios recogidos en Cantabria describen un escenario poco habitual en el conjunto de España: el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para mujeres en situación administrativa irregular se percibe como garantizado, al menos en lo que respecta a los procedimientos farmacológicos. Las profesionales entrevistadas coinciden en señalar que en Cantabria no se exige documentación, ni tarjeta sanitaria, ni cita previa para acceder al aborto, y que este puede solicitarse directamente a través del servicio de urgencias hospitalarias o del centro de salud sexual y reproductiva conocido como La Cagiga:

○ «Se puede acceder sin ningún papel, que la persona no tenga ninguna identificación, incluso si no tiene pasaporte, porque lo hemos comprobado.» (Enfermera en Hospital Público, Cantabria)

«Van a La Cagiga y se les da el método farmacológico y aquí paz y allí gloria, por lo menos eso me dicen a mí.» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

Este acceso, calificado por una profesional como «universal», no exige realizar trámites previos como la obtención de una tarjeta sanitaria provisional. Basta con acudir presencialmente y solicitar la prestación:

○ «No tienen que hacer nada, tienen que ir allí físicamente y solicitarlo en urgencias o en La Cagiga.» (Enfermera en Hospital Público, Cantabria)

A pesar de esta aparente accesibilidad, las entrevistadas advierten que el circuito no está bien divulgado y que muchas mujeres desconocen el servicio, ya que no existe una información clara o proactiva por parte de los centros asistenciales:

○ «La Cagiga es un centro que no te dice... “venga a urgencias o a La Cagiga” [si quiere abortar]. Tiene que buscarlo un poquitín la persona.» (Enfermera en Hospital Público, Cantabria)

Este acceso sin requisitos documentales parece limitado, sin embargo, a los abortos farmacológicos. En caso de que se requiera una intervención quirúrgica, sí sería necesaria la tarjeta sanitaria para financiar el procedimiento, ya que implica una derivación fuera de la comunidad autónoma. Según indican las entrevistadas, en tales casos se recurre a procedimientos previos de cobertura o, en su defecto, las mujeres deben asumir los costes de forma privada:

○ «Si quieren ser financiados, sí. Si no, van por su cuenta.» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

«Puede haber alguna mujer migrante que diga, bueno, yo me lo pago y aquí paz y allí gloria, pero se tiene que trasladar porque en la comunidad no hay sitio para hacerlo legalmente.» (Ginecóloga en Hospital Público, Cantabria)

Algunas profesionales apuntan a que el reconocimiento de la IVE como una prestación con plazos muy limitados ha facilitado su consideración como una urgencia médica. Esta interpretación habría abierto la puerta a su acceso al método farmacológico a través de urgencias hospitalarias, incluso para mujeres sin regularización administrativa:

«Creo que se ha corregido [el acceso] por la última Ley de Igualdad, (...) porque lo meten como urgencia. Al tener plazos tan rápidos que no puedes esperar, entonces, esa característica de urgencia del aborto es la que permite entrar por urgencias.» (Enfermera en Hospital Público, Cantabria)

Por otro lado, también se menciona el papel de las ONG y del empadronamiento como vías habituales para la obtención de la tarjeta sanitaria, lo que facilitaría una atención continuada en el tiempo:

«Se pueden empadronar porque tienen una dirección, se les da una asistencia sanitaria. Que era lo que las ONG, como Cantabria Coge u otras, rápidamente gestionan y siempre se facilitó esto.» (Trabajadora Social, Cantabria)

En definitiva, los testimonios analizados muestran que Cantabria presenta una vía de acceso inclusiva para el método farmacológico; no así para el instrumental. Sin embargo, esta aparente cobertura universal reposa, a veces, en mecanismos informales y no siempre conocidos por las propias usuarias, lo que genera desigualdades en función del capital informativo, la red de apoyos o la capacidad para sortear silencios institucionales.

C) COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

En la Comunidad de Madrid, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo para mujeres en situación administrativa irregular se encuentra estrechamente ligado a la tramitación del DASE —el documento de asistencia sanitaria para personas extranjeras sin residencia legal—, que exige, entre otros requisitos, pasaporte en vigor y al menos tres meses de empadronamiento en la región. Varias entrevistadas señalaron que este procedimiento, aunque teóricamente viable, presenta obstáculos importantes en la práctica, debido a los plazos largos, la dificultad para conseguir cita en las Unidades de Tramitación (UT) y la falta de información accesible:

«Los requisitos para el DASE son: padrón, tres meses y pasaporte en vigor. Además, las citas se las dan dentro de muchas semanas... pueden tardar hasta cuatro meses.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

En este escenario, las trabajadoras sociales del sistema público desempeñan un papel central para facilitar el acceso, actuando como puente con las UT o elaborando informes que justifican la situación de las mujeres. Su intervención permite, en muchos casos, acelerar procesos o encontrar alternativas viables:

«Benditas sean las trabajadoras sociales, porque nosotras tiramos de ellas [para estos casos].» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

Algunas clínicas también han podido tramitar casos empleando modalidades como el DASPI (documento de atención sanitaria por protección internacional), lo que amplía las vías de entrada, aunque su uso depende del perfil administrativo de cada mujer y de la disponibilidad de apoyo institucional:

«A veces nos ha pasado que mujeres... no se han empadronado [...] se especifica que por equis motivo no se han podido empadronar, pero que llevan en Madrid desde equis fecha demostrable con el sello del pasaporte.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

«Luego hay otra opción del DASPI, que es por protección internacional. Eso es más rápido.» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

La complejidad de estos procedimientos evidencia que el acceso a la IVE, en el caso de mujeres en situación administrativa irregular, está lejos de ser automático o garantizado, y depende en gran medida del conocimiento técnico y la voluntad de las profesionales, de su capacidad de mediación y del tiempo del que disponga la mujer gestante. Como en otras comunidades, la gestión de un derecho termina descansando sobre una red informal de soluciones improvisadas.

D) CATALUÑA

En Cataluña, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo por parte de mujeres en situación administrativa irregular parece, en términos generales, garantizado. Según las entrevistadas, existen mecanismos habilitados para que estas mujeres puedan ser atendidas incluso sin tarjeta sanitaria, como la emisión de tarjetas temporales o documentos específicos que permiten acceder a la prestación de forma gratuita.

«Cuando una mujer no tiene la tarjeta sanitaria y va a un centro de salud, las profesionales pueden hacer una tarjeta sanitaria de emergencia para que se le pueda tramitar [...]. Igualmente, [...] existe un documento específico para mujeres que están en situación de alta vulnerabilidad [...]. Con este papel, puede acceder directamente de forma gratuita, ya sea a un farmacológico o a un instrumental.» (Silvia Aldavert, Cataluña)

Ahora bien, la efectividad real de estas herramientas depende de múltiples factores, entre ellos, el conocimiento que tengan tanto las usuarias como las profesionales sobre su existencia y aplicación. Así lo subraya Silvia Aldavert:

«En Cataluña, supuestamente, las mujeres pueden hacer el aborto, aunque no tengan tarjeta sanitaria, lo que pasa es que muchas de ellas no lo saben e incluso en muchos centros de salud tampoco.»

Además, se han señalado circuitos accesibles en la práctica cotidiana, como la derivación directa a matronas o unidades específicas, sin necesidad de tarjeta:

«Simplemente es ir a la mesa de administración del ambulatorio [...] y, si no, te hacen una tarjeta provisional [...] como urgencia; te puedes ir a visitar a la comadrona que te toque.» (Ramón Escuriet, Cataluña)

Este conjunto de mecanismos podría configurar una vía relativamente ágil para las mujeres en situación administrativa irregular, siempre que encuentren profesionales dispuestas a activar estos recursos y que exista una mínima orientación institucional. De lo contrario, como ocurre en otras comunidades autónomas, el acceso real puede verse obstaculizado no por la normativa, sino por el desconocimiento y la falta de uniformidad en su aplicación. No obstante, a pesar de las barreras informativas, Cataluña ofrece el modelo más inclusivo y accesible de los casos estudiados.

Consecuencias de la exclusión: salud en riesgo y violencia institucional

A lo largo de este capítulo, los testimonios recogidos han puesto de manifiesto una paradoja estructural: aunque la legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) no establece limitaciones explícitas por situación administrativa, en la práctica son las normativas de extranjería y los requisitos de acceso al sistema sanitario los que actúan como principal barrera para muchas mujeres migrantes en situación irregular. La imposibilidad de obtener la tarjeta sanitaria, los plazos para el empadronamiento o la falta de información clara y accesible obstaculizan el ejercicio de un derecho que, en teoría, es universal.

«La ley del aborto no lo impide, lo que lo impide es no tener papeles.»
(Trabajadora social, Madrid)

Esta exclusión puede tener consecuencias graves para la salud física, psicoemocional y legal de las mujeres. Algunas entrevistadas señalan casos de abortos realizados en condiciones inseguras o sin acompañamiento médico, motivados por el miedo, la urgencia o la imposibilidad de asumir los costes económicos.

- ◉ *«Hay mujeres que se autogestionan el aborto como pueden, con pastillas, con lo que sea... y claro, eso es un riesgo.» (Trabajadora de entidad social, Madrid)*
«Una mujer vino al hospital sangrando, con un aborto en curso, pero no quiso decir lo que había hecho por miedo a que la denunciaran.» (Enfermera en Hospital Público, Cataluña)

Además del impacto sanitario, estas situaciones generan desprotección emocional y legal. La falta de cobertura institucional convierte a las mujeres en sujetos sin garantías, enfrentadas a decisiones extremas en soledad, y sometidas a un trato desigual que puede constituir una forma de violencia institucional. Las entrevistadas denuncian la ausencia de mecanismos claros para estas situaciones y la carga que ello supone para las profesionales que intentan ofrecer una salida:

- ◉ *«Todo recae sobre nosotras: la presión, la culpa, el desgaste emocional. Porque sabes que es un derecho, pero no hay cómo garantizarlo.» (Trabajadora social, Castilla-La Mancha)*

En este contexto, el acceso efectivo a la IVE no se encuentra garantizado por un marco institucional sólido, sino que depende, en muchos casos, del compromiso y la implicación individual de profesionales concretas —principalmente trabajadoras sociales— que activan vías extraordinarias o interceden ante otras instancias del sistema.

- ◉ *«Si no lo mueve una profesional, no se mueve.» (Responsable de clínica acreditada, Madrid)*

Aunque estas prácticas permiten que algunas mujeres accedan finalmente al aborto, suponen una vulneración clara del principio de equidad y del derecho a una atención pública universal. Los derechos no pueden depender de la voluntad individual, sino de políticas públicas claras, homogéneas y de obligado cumplimiento.

El aborto es un derecho reconocido por la ley. Garantizar su ejercicio efectivo, independientemente de la situación administrativa, no es solo una cuestión de legalidad, sino de salud pública, justicia social y dignidad humana. Urge implementar circuitos específicos, eliminar barreras burocráticas innecesarias y ofrecer información accesible para todas las mujeres. Mientras tanto, muchas seguirán quedando fuera del sistema.

7.2. MUJERES CON DISCAPACIDAD

Los testimonios recogidos muestran que las mujeres con discapacidad continúan enfrentándose a graves vulneraciones de sus derechos sexuales y reproductivos, a pesar de los recientes avances normativos. El capacitismo institucional, la tutela abusiva, la infantilización y la falta de medios adecuados se entrelazan para limitar su derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

Aunque el marco legal ha evolucionado —especialmente tras la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica y el proceso de adaptación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)—, persisten resistencias estructurales que perpetúan prácticas de control, exclusión y vulneración de derechos. El cambio legal introducido por la Ley 8/2021, que elimina el sistema de incapacitación judicial en favor de medidas de apoyo, aún no se ha traducido plenamente en una transformación de las prácticas asistenciales. Como reflejan las entrevistas, se mantiene una inercia institucional que continúa anulando decisiones personales bajo la figura de la tutela o los apoyos:

«Ahora esto ha cambiado, pero es verdad que tenemos... un poco todavía el histórico y se sigue funcionando un poco igual.» (Trabajadora social en punto de acceso IVE, Madrid)

Muchas mujeres con discapacidad siguen privadas del ejercicio efectivo de su capacidad jurídica en materia sexual y reproductiva. Se documentan situaciones contrarias a la legislación vigente, como la imposición de esterilizaciones o la negación del deseo sexual:

«En los casos en que tienen discapacidad física, psíquica o intelectual, se las invalida, de alguna manera, para hacerles la ligadura, para hacerles intervenciones, para que en cuanto tengan la regla se les haga algo para no tenerla... Incluso se les priva del deseo sexual.» (Trabajadora social en punto de acceso IVE, Madrid)

Una trabajadora social indicó que «en los casos de discapacidad son la madre o el padre» quienes acaban tomando la decisión, anulando su voluntad (Trabajadora social en punto de acceso IVE, Madrid).

Este tipo de situaciones se reproduce con especial frecuencia en instituciones tutelares o centros residenciales:

«Lo que pasa es que la gente que está de tutores en la Comunidad de Madrid..., no sé si todos..., pero a mí me han llegado para firmar, o sea, para firmar. Es más, me ha llegado alguna monja con la menor, porque la menor no quería abortar, y a ver si la convencíamos.» (Ginecóloga en Centro de Salud Municipal, Madrid)

«Hace nada ha habido un caso así. La mujer nos llamaba... “que es que yo no quiero abortar, que es que yo no quiero abortar, pero me están obligando”, de un centro donde estaba (...). Y tú diciendo, madre mía, ¿quién cojones te está acompañando?» (Trabajadora de clínica acreditada, Madrid)

Estas prácticas constituyen una grave forma de violencia institucional y reproductiva, contraria a la Ley Orgánica 2/2010, que establece que la decisión de interrumpir el embarazo corresponde exclusivamente a la mujer. Ante este tipo de situaciones, las profesionales subrayan la importancia de preservar la confidencialidad y garantizar espacios individuales de atención para verificar la voluntad real de la mujer:

«Si la paciente manifiesta, por ejemplo, que estoy aquí porque me han obligado, porque me traen obligada, no se hace el informe (...). Les dices “no te preocupes, a las consultas entras tú sola, y en el momento que tú, en cualquiera de las consultas, manifiestes que tú no quieres abortar, aquí no se te va a hacer el aborto”. Ya puede entrar el lucero del alba.» (Trabajadora de clínica acreditada, Madrid)

Un eje recurrente en los testimonios es la anulación sistemática del deseo sexual y de la posibilidad de ser madre. Se reproduce un discurso capacitista que considera que las mujeres con discapacidad no pueden o no deben ejercer su sexualidad o ser madres. En algunos casos, se les administra tratamiento para suprimir la menstruación de forma sistemática, como lo relataron varias profesionales.

Este enfoque vulnera el derecho a formar una familia (artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) y el derecho a la integridad personal (artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). Una trabajadora social subrayó que:

«en general, se anula mucho la posibilidad de escuchar a las mujeres con discapacidad» (Trabajadora social en punto de acceso IVE, Madrid).

Las mujeres con discapacidad también se enfrentan a barreras específicas durante la interrupción del embarazo, tanto físicas como psicosociales. Algunos equipos utilizados en el procedimiento no están adaptados a sus necesidades particulares:

«Limitaciones propias de subir al potro, de subir a la mesa.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

A estas barreras materiales se suma, en ocasiones, un trato infantilizante y condescendiente por parte del personal sanitario:

«[Hay que intentar] que el día del aborto no sea algo violento para ella por la discapacidad que tenga y no solo hablo de discapacidad motórica [por el tema de la postura para abortar], sino también por la infantilización (...).» (Exresponsable de área en clínica acreditada, experta en DSR, Madrid)

Todo ello pone de manifiesto la insuficiencia de medios adaptados y la urgente necesidad de formación especializada del personal que interviene en la atención a mujeres con discapacidad. Así lo establece el artículo 60.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, al señalar que la atención deberá ser prestada por personal especializado. Del mismo modo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, incorpora en sus artículos 3, 4 y 15 principios como la accesibilidad universal, la calidad del servicio y el derecho a una atención personalizada, lo que implica la necesidad de contar con recursos adaptados y profesionales capacitadas para garantizar una atención adecuada y respetuosa con los derechos de las mujeres con discapacidad.

Desde las propias profesionales se hace un llamado a abordar cada caso desde una lógica personalizada, que parta del reconocimiento de la autonomía y no de la presunción de incapacidad:

«No por tener discapacidad no puedes ser madre, dependiendo del tipo de discapacidad..., pero sí que tenemos que hacer una valoración de caso único.» (Exresponsable de área en clínica acreditada, experta en DSR, Madrid)

«Hay que trabajar su deseo de maternidad..., porque ella tiene que hacer un duelo.» (Ginecóloga en Centro de Salud Municipal, Madrid)

Frente a esta realidad, se hace imprescindible asegurar la aplicación efectiva de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, prestando especial atención a la garantía de capacidad jurídica en igualdad de condiciones.

Solo mediante un acompañamiento individualizado, respetuoso y accesible podrá asegurarse que las mujeres con discapacidad ejerzan su derecho a decidir desde un consentimiento libre, informado y autónomo.

7.3. MUJERES JÓVENES DE 16 Y 17 AÑOS

Desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023, las jóvenes de entre 16 y 17 años pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo sin necesidad de autorización de terceras personas, lo que ha supuesto la recuperación de su autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Esta modificación legislativa ha neutralizado una de las principales barreras de acceso, según los testimonios recogidos.

Las profesionales entrevistadas coinciden en que no existen diferencias sustanciales en el acceso al aborto para este grupo etario respecto a las mujeres mayores de edad. Sin embargo, emergen otras dificultades vinculadas al estigma social y a la necesidad de ocultar el embarazo —y su interrupción— al entorno familiar o escolar.

Este deseo de ocultamiento responde al peso del tabú en torno a la sexualidad adolescente y a la penalización social del aborto. Como consecuencia, algunas jóvenes optan por desplazarse a otras comunidades autónomas o programar la intervención en días no lectivos para evitar justificar la ausencia en su centro de estudios o trabajo. Una estrategia que, según las entrevistas, se traduce en una vivencia solitaria del proceso y en la ausencia de acompañamiento familiar o de otras redes cercanas.

Este tipo de aislamiento aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes ante un procedimiento que ya de por sí implica una carga emocional. Por ello, tanto profesionales sanitarias como trabajadoras sociales subrayan la importancia de contar con acompañamiento durante el proceso, especialmente en el día de la intervención:

○ *«Si no quieres contárselo a tus padres, no tienes obligación. Pero sí [es cierto] que cuando lo hacen es genial porque vas a tener el mejor apoyo que puedas tener, que es el de tu madre.» (Trabajadora en clínica acreditada, Madrid)*

«Si yo tengo 17 años o 16 y tengo buena relación con mi madre y mi madre me acompaña, como si me acompañara a otro tipo de intervención, mejor.» (Trabajadora social, empleada de clínica acreditada, Castilla-La Mancha)

Pese a ello, la mayoría de las jóvenes no acuden solas. Las entrevistadas indican que suelen presentarse en compañía de una amiga o de alguna mujer adulta de su entorno:

«Son muy pequeñas, ¿sabes? Las de 16 o 17 años que vienen..., vienen siempre con una amiga, siempre vienen con alguien. Las que no, vienen con la mamá.» (Trabajadora en clínica acreditada, Madrid)

En la mayoría de los testimonios se destaca que son otras mujeres quienes acompañan, mientras que la figura masculina está prácticamente ausente tanto en la solicitud como en el acompañamiento. Las mujeres jóvenes son quienes se hacen cargo del embarazo no deseado y son otras mujeres quienes sostienen su tránsito por el procedimiento de la IVE.

Algunas clínicas y centros han desplegado recursos específicos para facilitar el acceso de este grupo etario. En estos casos, se pone énfasis en intensificar el acompañamiento desde el propio equipo y simplificar los trámites cuando las jóvenes acuden solas:

«Imagínate ese mundo, ¿no? O sea, encontrarte en una situación así, que no quieres contárselo a tus padres por miedo. (...) Y el trámite, pues... intentamos facilitar más aún, si cabe. Todo. Y el acompañamiento es mayor [por parte de la clínica].» (Trabajadora en clínica acreditada, Madrid)

Además, algunas clínicas concertadas ofrecen citas en fines de semana, lo que permite mantener el anonimato frente a los entornos escolares o laborales y facilitan las gestiones administrativas:

«Intentamos facilitar la cita lo máximo posible (...). Hablo de interrupciones, bien pastillas, bien quirúrgico, las hacemos los sábados también. Entonces aprovechan, a lo mejor, para venir el fin de semana. (...) Juegan ahí con ese margen.» (Trabajadora en clínica acreditada, Madrid)

En estos casos, los justificantes emitidos por el centro omiten cualquier referencia al aborto, indicando únicamente que se ha realizado «una consulta» (Administrativa en clínica acreditada, Madrid).

Sin embargo, aún persisten barreras asociadas al carácter adultocéntrico del sistema sanitario, que desalientan a las jóvenes a acudir a sus centros de salud habituales por miedo a que se vulnere su confidencialidad:

«Su centro de salud de referencia son centros de salud que son adultocéntricos, donde tienen sus historiales vinculados a los de sus madres y padres. Entonces, ¿cómo van a ir ahí? Además, que no solo se va a enterar su madre y su padre, sino que se va a enterar la vecina, la tal...» (Associació de Drets Sexuals i Reproductius, Cataluña)

Una de las estrategias más utilizadas para mantener el anonimato consiste en acudir a otras localidades o comunidades autónomas, o bien buscar atención en centros especializados en juventud y sexualidad, donde se desvincula la atención del entorno familiar:

«Sabemos que, desgraciadamente, continúa siendo un tema muy tabú. Y para las mujeres que, por ejemplo, son de un pueblo muy pequeño o lo que sea, ir a su centro de salud a decir “quiero abortar”, pues es muy complicado, no es tan fácil. Se va a enterar allí la enfermera, la vecina..., por eso vienen la mayoría a nuestros centros [Joven de Atención a la Sexualidad].» (Associació de Drets Sexuals i Reproductius, Cataluña)

Este tipo de atención especializada solo está disponible en algunos territorios como Cataluña. En la mayoría del país, las jóvenes deben acudir a su médica de Atención Primaria o directamente a las clínicas acreditadas.

En resumen, aunque las reformas legales han eliminado la principal barrera formal —la exigencia de consentimiento de terceros—, persisten obstáculos derivados del estigma social, la necesidad de ocultamiento y la falta de acompañamiento familiar. Algunas clínicas han implementado buenas prácticas para preservar la confidencialidad y facilitar el proceso, pero la cobertura continúa siendo desigual, y muchas de estas medidas responden a iniciativas particulares más que a un marco institucional común. El enfoque adultocéntrico del sistema sanitario, además, limita la autonomía efectiva de estas jóvenes, dificultando el ejercicio pleno de sus derechos.



***Acceso inclusivo para
colectivos vulnerables***

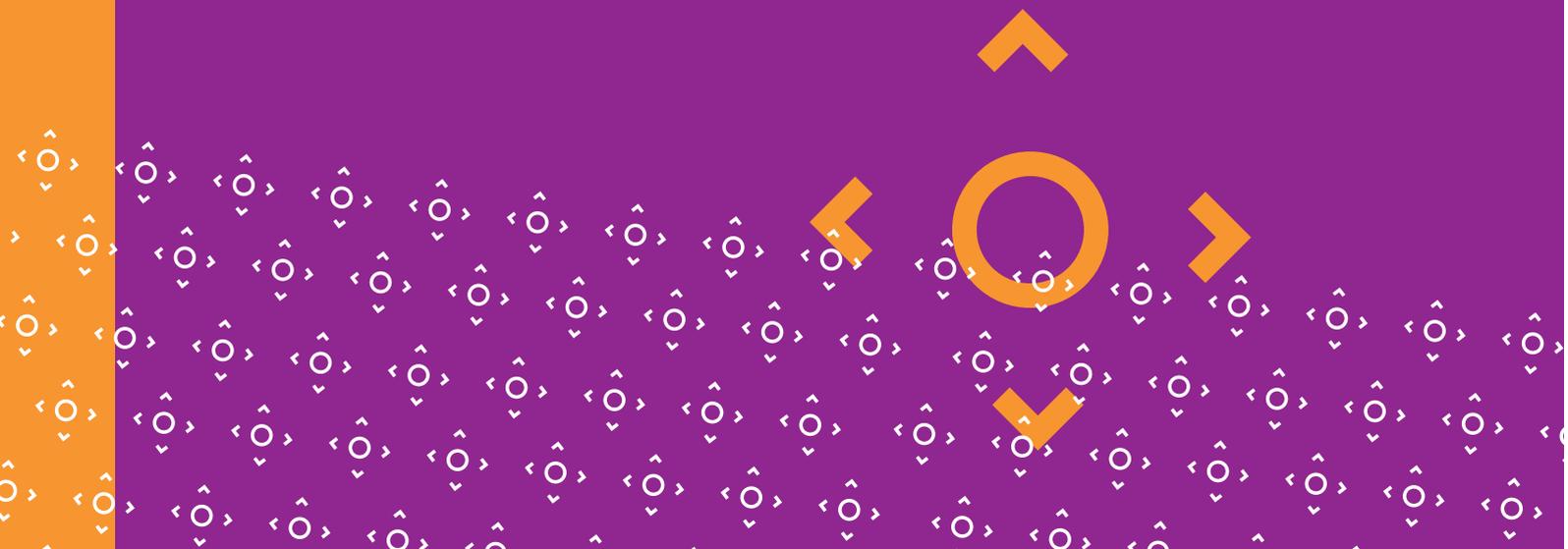


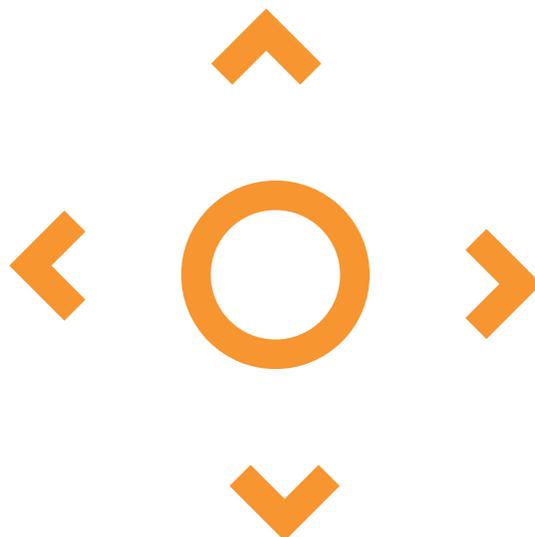
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

8

**BARRERAS COMUNES
EN EL ACCESO AL
ABORTO EN ESPAÑA**





○ BARRERAS COMUNES EN EL ACCESO AL ABORTO EN ESPAÑA

El análisis comparado de distintas comunidades autónomas evidencia una serie de obstáculos estructurales que, con matices, se repiten a lo largo del territorio estatal y dificultan el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como derecho garantizado. Estas barreras, que varían en intensidad entre comunidades autónomas, comparten un sustrato común: la persistencia de una débil voluntad política para implementar este derecho y un estigma social e institucional que continúa penalizando simbólicamente el aborto y por ende a las mujeres.

a) Itinerarios fragmentados, desiguales y desinformados

Un aspecto que ha resultado clave para la accesibilidad al servicio es contar con itinerarios claros, homogéneos y con el menor número de pasos posibles. En muchas comunidades, las mujeres deben sortear una serie de pasos mal definidos, con poca o nula información en los centros de Atención Primaria, y con requerimientos innecesarios según la normativa estatal. En palabras de una profesional entrevistada en Madrid:

○ «Cuando llegan a nosotras, llevan dando vueltas cuatro, cinco o seis semanas...» (Trabajadora Social en Centro de Salud Municipal, Madrid).

Esta fragmentación se traduce en retrasos que pueden condicionar el acceso al método deseado o incluso hacer que se supere el límite legal para abortar por voluntad propia (14 semanas). Tal y como alerta el Informe IVE 2023 del Ministerio de Sanidad, un número significativo de mujeres acuden de forma tardía a los recursos sanitarios debido a la falta de información o a la percepción de trabas administrativas.

b) Elección condicionada del método: farmacológico frente a instrumental

Aunque la ley garantiza la libertad de elección del método, en la práctica no todas las opciones están igualmente disponibles. El método farmacológico —especialmente en fases tempranas— se ha extendido en muchos centros públicos por su bajo coste, menor requerimiento de personal especializado y menor exposición a la objeción de conciencia. No obstante, este método, aunque eficiente en muchos casos, no siempre es el más adecuado, ya sea por motivos médicos o por el contexto personal de la mujer:

«El farmacológico tarda cuatro o cinco horas. Están solas o acompañadas... pero no con un sanitario en casa. Genera inseguridad, es más pesado.» (Ginecólogo en clínica acreditada, Castilla-La Mancha).

El instrumental, en cambio, sigue mayoritariamente relegado a centros privados acreditados, especialmente en comunidades donde no existen equipos públicos formados o donde los hospitales se acogen masivamente a la objeción. Este sesgo institucional convierte una supuesta elección libre en una decisión condicionada.

c) Externalización estructural del servicio: la IVE como excepción

A más de una década de la aprobación de la Ley 2/2010, y pese a los avances que ha supuesto la Ley Orgánica 1/2023, más del 80 % de las IVE en España se siguen realizando en centros privados (Ministerio de Sanidad, 2023). Esta dependencia estructural de la red concertada reproduce una lógica de externalización del servicio que debilita su integración en el sistema público. Tal y como se denuncia en el preámbulo de la propia ley, hay territorios donde no se ha notificado ni una sola IVE en centros públicos en los últimos años.

Esta privatización sostenida implica no solo una vulneración del principio de igualdad territorial, sino también un alejamiento del marco de derechos sexuales y reproductivos como eje de la sanidad pública.

d) Objeción de conciencia: entre la opacidad y el bloqueo institucional

La objeción de conciencia ha sido uno de los principales puntos de fricción en la implementación del derecho al aborto. A pesar de que la LO 1/2023 establece la creación de un registro individual y vinculante, la opacidad, la falta de mecanismos de control y la utilización institucional de esta figura siguen generando desigualdad y desprotección.

En algunas comunidades, la objeción es tan generalizada que ningún hospital público realiza abortos quirúrgicos. Esto obliga a las mujeres a desplazarse fuera de su provincia —o incluso comunidad— para ejercer un derecho reconocido. Desde el punto de vista de las personas entrevistadas, tras este escenario se ampara un posicionamiento

«*fundamentalmente patriarcal, amparado en objeciones de conciencia.*»
(*Enfermera en Hospital Público, Cantabria*).

e) Desinformación y falta de formación profesional

La carencia de información accesible, actualizada y comprensible tanto para usuarias como para profesionales es una constante en muchas regiones. En centros de salud, consultas de Atención Primaria o urgencias, el desconocimiento sobre el procedimiento, los plazos o los derechos es algo generalizado. Este vacío informativo no solo genera frustración y desorientación, sino que contribuye al retraso y a la cronificación de las barreras en los itinerarios de acceso.

A ello se suma la escasa formación específica del personal sanitario. Como indica la LO 1/2023, es necesario reforzar la formación en salud sexual y reproductiva desde el ámbito universitario, pero en la práctica esto sigue siendo una deuda pendiente:

«*No es algo que te enseñen en la carrera universitaria, en la especialidad de ginecología. No enseñan a hacer abortos.*» (Responsable del Área de Mujer en clínica acreditada, Madrid)

f) Acceso desigual de colectivos vulnerables

Mujeres migrantes en situación irregular, adolescentes, mujeres con discapacidad, mujeres sin red familiar o víctimas de violencia machista encuentran obstáculos añadidos al ya complejo acceso a la IVE. En algunos casos, las exigencias burocráticas (empadronamiento, documentación sanitaria, barreras idiomáticas) actúan como filtros de exclusión, a pesar de que el artículo 3 de la LO 1/2023 garantiza el derecho sin discriminación por nacionalidad, edad o situación administrativa.

El testimonio de una trabajadora social de Madrid es significativamente elocuente:

○ «Son ciudadanas que no existen para la administración madrileña.»
(Trabajadora Social en Centro de Salud Municipal, Madrid)

8.1. FACTORES TRANSVERSALES: ESTIGMA, MORALIZACIÓN Y AUSENCIA DE VOLUNTAD POLÍTICA

Dos factores estructurales permiten entender por qué todas las barreras anteriores no solo persisten, sino que se reproducen de forma sistémica.

Por un lado, la falta de voluntad política se traduce en la escasa planificación, la ausencia de supervisión institucional, la opacidad de datos y la dejación de funciones por parte de las administraciones sanitarias. Como se constata en Madrid, Castilla-La Mancha o Cantabria, no hay una apuesta clara por integrar la IVE como parte de la atención ginecológica básica. Este desinterés institucional refuerza el carácter excepcional del aborto y lo margina dentro de los servicios esenciales del sistema público. Como sostiene una profesional de la sanidad pública madrileña: «No se hace porque tienen la fuerza de impedirlo.» (Ginecóloga en Hospital Público, Madrid).

Por otro lado, el estigma social e institucional sigue impregnando el abordaje del aborto, tanto en su vertiente asistencial como simbólica. Las mujeres siguen recibiendo juicios, silencios, obstáculos innecesarios y trato desigual. El derecho a abortar continúa estando «bajo sospecha», y se contrapone simbólicamente a otros derechos como la maternidad, la salud o la protección de la infancia.

8.2. CONCLUSIONES ACERCA DE LAS BARRERAS COMUNES EN ESPAÑA

La revisión comparada de la implementación del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en distintas comunidades autónomas permite constatar que el acceso a este servicio, lejos de estar plenamente garantizado, sigue profundamente mediado por desigualdades territoriales, institucionales, culturales y políticas. A pesar del marco normativo vigente — especialmente tras la aprobación de la Ley Orgánica 1/2023—, persisten mecanismos que dificultan o limitan el ejercicio efectivo de este derecho, afectando de manera particular a las mujeres más vulnerables por razón de origen, edad, clase, lugar de residencia o situación administrativa.

Estas dificultades no son el resultado de fallos técnicos ni de carencias accidentales. Por el contrario, responden a una arquitectura estructural de exclusión sostenida por una débil

voluntad institucional y un imaginario moral que continúa situando el aborto en el terreno de lo excepcional, lo problemático o lo culpable. Como ha quedado reflejado en los testimonios de profesionales, activistas y mujeres usuarias, el derecho a decidir sobre su proyecto vital sigue siendo, en muchos casos, una lucha contra el sistema.

El análisis ha mostrado con claridad cómo la objeción de conciencia sin regulación efectiva, la ausencia de circuitos públicos accesibles, la externalización sistemática a clínicas privadas, la falta de formación del personal sanitario y la escasa información institucional configuran un escenario en el que las mujeres deben desplegar estrategias individuales de acceso a un derecho que, en principio, debería estar garantizado colectivamente. A esta situación se suma un fenómeno constante y transversal: la persistencia del estigma, tanto en el plano simbólico como en las prácticas profesionales y administrativas. El aborto continúa siendo tratado como una prestación marginal, que requiere justificación, explicación o excepcionalidad.

En este sentido, el informe no solo pone de manifiesto barreras técnicas o administrativas, sino que interpela a las responsabilidades políticas e institucionales en la garantía efectiva del derecho a la IVE. La falta de voluntad real para integrar este servicio en la red pública, dotarlo de recursos, acompañarlo de formación y combatir el estigma que lo rodea, constituye una forma de violencia institucional que limita la autonomía reproductiva de las mujeres y contradice los principios básicos de equidad, universalidad y salud integral consagrados por el Sistema Nacional de Salud.

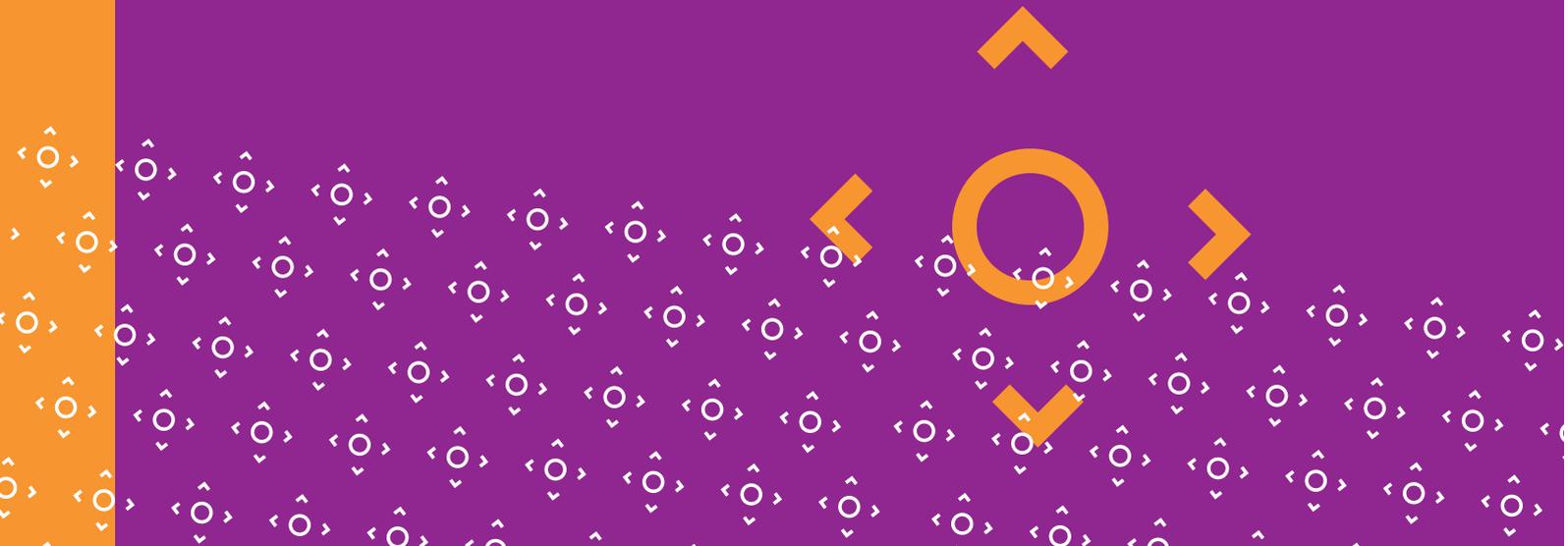
Desde esta perspectiva, la plena despenalización simbólica y operativa del aborto en España no pasa únicamente por reformas legales —necesarias, pero insuficientes—, sino por una transformación estructural del enfoque institucional, sanitario y cultural con el que se aborda esta prestación. Supone el diseño de políticas públicas que garanticen la prestación de la IVE libre de barreras para las mujeres. Una transformación así exige responsabilidad política, compromiso feminista y una lectura interseccional de las desigualdades que aún hoy atraviesan el derecho a decidir.

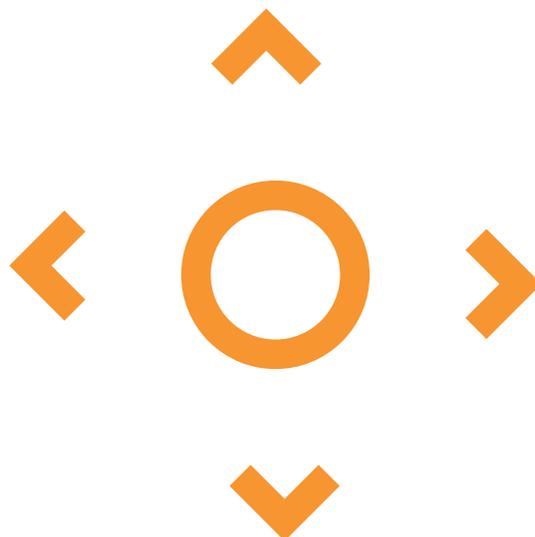
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

9

RECOMENDACIONES
Y PROPUESTAS





○ RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Las mujeres tenemos el derecho a conocer y decidir libremente sobre nuestras opciones, tenemos derecho a la interrupción voluntaria del embarazo sin restricciones injustificadas ni juicios morales que limiten nuestra autonomía. Es fundamental que tengamos acceso a todas nuestras opciones reproductivas, independientemente del modelo familiar que elijamos o en el que nos encontremos. Es vital que nuestras decisiones en cuanto a anticoncepción, maternidad y relaciones sean respetadas y respaldadas, libres de estigmatización y sin presiones basadas en normas y estereotipos de género.

Nuestra autonomía y derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas deben ser reconocidos y protegidos en todo momento, garantizando que podamos ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos con plena libertad y sin obstáculos.

A. INTEGRACIÓN DE LA IVE EN LA RED SANITARIA PÚBLICA Y EQUIDAD TERRITORIAL

Actualmente el acceso al aborto depende en gran medida de convenios con clínicas privadas y de la voluntad política de cada territorio, lo cual genera desigualdades geográficas. Muchas comunidades carecen de servicios de IVE en sus hospitales públicos, obligando a desplazamientos largos y costosos que vulneran la equidad en un derecho sanitario básico. Es imprescindible incorporar la IVE de forma homogénea a la red pública de salud para garantizar que todas las mujeres, vivan donde vivan, puedan acceder al servicio sin barreras territoriales ni económicas.

- **Ofrecer IVE en la sanidad pública de forma descentralizada**, asegurando al menos un hospital público por provincia que realice interrupciones del embarazo voluntarias,

no solo terapéuticas. Esto reduciría la dependencia casi exclusiva de clínicas concertadas y acercaría el servicio a las mujeres en todo el territorio. Además, la integraría como una prestación rutinaria de salud sexual y reproductiva.

- Para ello, es necesario llevar a cabo el registro de objetores/as en paralelo a campañas de formación y sensibilización a profesionales, como en el caso de la eutanasia (Madrid).
- También se precisa incluir formación técnica en IVE durante los estudios universitarios relacionados con la misma y módulos de sensibilización.
- **Crear unidades de Atención Sexual y Reproductiva en los hospitales públicos** donde se integre la IVE como un servicio más. De esta forma, no solo se contribuye a su normalización y desestigmatización, sino que se garantizaría la formación especializada del personal, la disponibilidad de equipos y el acceso a los recursos técnicos necesarios para realizar la IVE en condiciones de seguridad.
- **Establecer más puntos de acceso y facilitar la atención en entornos de proximidad**, por ejemplo, mediante unidades de salud sexual y reproductiva, hospitales comarcales o centros de especialidades donde se pueda iniciar el proceso. Modelos exitosos como el de Cataluña pueden servir de referencia para expandir la oferta de forma cercana y ágil.
- **Garantizar la disponibilidad de ambos métodos (farmacológico e instrumental) en cada comunidad**, de modo que las mujeres puedan elegir libremente. Esto implica ampliar la capacidad para practicar abortos quirúrgicos fuera de las capitales, evitando que mujeres de zonas rurales deban viajar largas distancias si requieren o prefieren un procedimiento instrumental.
- **Financiar los desplazamientos necesarios y otros gastos asociados** mientras persistan desigualdades territoriales. Si una mujer debe trasladarse a otra provincia o comunidad para abortar, el sistema público debería cubrir transporte, alojamiento y dietas, asegurando que el coste económico no sea un obstáculo para ejercer el derecho. Asimismo, conviene extender estas medidas a al menos un/a acompañante por usuaria.

B. REGULACIÓN EFECTIVA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia del personal sanitario, sin una gestión adecuada, se ha convertido en un obstáculo estructural que bloquea el acceso a la IVE en muchos hospitales públicos. En algunos territorios prácticamente la totalidad de ginecólogos/as son objetores, lo que deriva en la externalización del servicio. Aunque la ley prevé registros de objetores, su aplicación ha sido lenta, deficiente o inexistente. Es necesario implementar mecanismos que impidan que la objeción minoritaria anule un derecho universal.

- **Implementar y actualizar registros oficiales de profesionales objetores de conciencia** en cada Servicio de Salud, tal como exige la Ley Orgánica 1/2023. Estos listados deben ser públicos para la planificación sanitaria (no para difusión de nombres), permitiendo saber cuántos profesionales no realizan IVE por objeción en cada centro y poder regular la existencia de equipos disponibles.
- **Asegurar equipos médicos no objetores en todos los niveles asistenciales**, de forma que en cada hospital o área sanitaria exista personal dispuesto a realizar IVE. Si en un servicio todos los profesionales objetan, la administración debe designar o contratar personal alternativo.
- **Utilizar los registros de objeción como herramienta de gestión de recursos humanos**, evitando la concentración de objetores en determinados hospitales. Por ejemplo, no asignar exclusivamente personal objetor a unidades de obstetricia/ginecología; en los concursos y contrataciones, garantizar la presencia de profesionales dispuestos a realizar abortos, especialmente en hospitales de referencia.
- **Acotar la objeción de conciencia en la red pública en situaciones críticas**, siguiendo recomendaciones internacionales. Por ejemplo, establecer que la objeción no pueda invocarse si con ello se deja sin cobertura el servicio en un área determinada. El objetivo es que la responsabilidad de garantizar la IVE recaiga en la institución sanitaria, que debe organizarse para atender a todas las usuarias sin derivarlas sistemáticamente a la privada.
- **No obligar a las/os profesionales no objetores a realizar IVE en exclusiva**. Los testimonios recogidos señalan que esta situación es habitual —a veces como penalización— en los hospitales y desincentiva que el personal sanitario se presente como no objetor.
- **Vigilar y sancionar la objeción de conciencia abusiva o fraudulenta**, asegurando que se trate de una posición ética personal y no de una negativa encubierta a prestar un servicio público. La administración sanitaria debe monitorear que ningún centro público deniegue la IVE en bloque; la objeción es un derecho individual pero no puede convertirse en objeción institucional encubierta o colectiva.

C. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

La escasez de profesionales capacitados y dispuestos a practicar IVE tiene raíces en la falta de formación específica y en el estigma histórico alrededor del aborto en la educación sanitaria. Muchos médicos/as y enfermeras no reciben contenidos sustantivos sobre salud sexual y reproductiva ni sobre aborto durante su formación universitaria o especialización, lo que reduce el relevo generacional de profesionales no objetores. Además, los cambios normativos no siempre se difunden con rapidez entre el personal, generando lagunas de conocimiento. Fortalecer la formación y sensibilización, tanto inicial como continua, es clave para contar con equipos sensibilizados, competentes y suficientes en todo el territorio.

- **Incorporar la salud sexual y reproductiva (incluida la IVE) en los planes de estudio de Medicina, Enfermería y otras titulaciones sanitarias**, tal como prevé el art. 8 de la Ley 2/2010. Es preciso que la formación académica aborde el aborto desde una perspectiva científica y de derechos, normalizando esta práctica entre los futuros profesionales.
- **Establecer rotaciones y prácticas específicas en servicios de IVE durante la formación especializada**, especialmente en la residencia de Ginecología y Obstetricia. Garantizar que los médicos/as interno/as residentes tengan exposición real a la provisión de abortos (voluntarios y por indicación médica) contribuirá a que adquieran las competencias técnicas y actitudinales necesarias y reducirá mitos o temores a realizar el procedimiento.
- **Ofrecer programas periódicos de formación continua y actualización** al personal en activo sobre la IVE. Esto incluye difundir las novedades legales (por ejemplo, la eliminación del período de reflexión obligatorio) y protocolarias, las guías clínicas más recientes y las técnicas disponibles. La formación debe extenderse a Atención Primaria, urgencias, matronas y trabajadoras/es sociales, para que todo el circuito asistencial maneje información unificada y veraz.
- **Incluir la formación sobre IVE en el bloque de formaciones puntuables del sistema sanitario**. Actualmente, muchos cursos de formación interna no tienen el mismo reconocimiento en los baremos de carrera profesional o bolsas de empleo, lo que desincentiva su realización. Para fomentar la participación del personal sanitario en formaciones sobre interrupción voluntaria del embarazo, estas deben incluirse dentro del bloque de formaciones puntuables, en igualdad de condiciones con otras especialidades. De este modo, se evitará que quienes se forman en este ámbito lo hagan únicamente por compromiso personal y se incentivará una capacitación más amplia, continua y profesionalizada.
- **Desarrollar capacitaciones con enfoque feminista, libre de prejuicios y centrado en los derechos**. Es fundamental que la atención a la IVE se realice desde un enfoque feminista, que reconozca el aborto como un derecho y no como una excepción. Para ello, se deben impulsar formaciones dirigidas a todo el personal sanitario que incorporen la perspectiva de género, el respeto a la autonomía de las mujeres y un trato empático

y no estigmatizante. Incluir módulos sobre ética profesional, comunicación con la paciente, atención centrada en la decisión libre de abortar y desmontaje de estereotipos contribuirá a combatir actitudes moralistas dentro del sistema sanitario y a mejorar la calidad de la atención prestada.

- **Habilitar al personal de enfermería y a las matronas para realizar funciones ampliadas en IVE**, acordes a sus competencias. Por ejemplo, permitir que matronas entrenadas suministren la medicación abortiva o gestionen casos de aborto temprano podría agilizar el circuito y descargar a las/os ginecólogas/os, siguiendo experiencias de otros países. Esto requiere cambios normativos menores y formación específica, pero ampliaría la capacidad de respuesta del sistema.

D. INFORMACIÓN ACCESIBLE Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS

Existen importantes déficits de información tanto para las usuarias como para el personal sanitarios sobre cómo y dónde acceder a la IVE, especialmente tras los cambios legislativos recientes. Algunas comunidades no han actualizado sus protocolos tras la reforma legal de 2023, manteniendo requisitos obsoletos (como períodos de espera o documentación innecesaria) que crean confusión. Por otro lado, muchas mujeres desconocen sus derechos o el itinerario a seguir, lo que retrasa la atención o las obliga a recurrir a redes informales. Mejorar la difusión de información y la claridad de los procedimientos es fundamental para un acceso rápido y seguro.

- **Actualizar y/o desarrollar los protocolos autonómicos y guías clínicas** para alinearlos con la normativa estatal vigente (Ley Orgánica 2/2010 modificada por LO 1/2023). Cada Servicio de Salud debe revisar y suprimir exigencias ya derogadas (p. ej., la entrega del sobre informativo y el intervalo de reflexión de 3 días) e incorporar las nuevas disposiciones (registro de objetores, atención a menores de 16-17 sin consentimiento paterno, etc.). Las actualizaciones deben ser difundidas de inmediato en todos los centros sanitarios.
- **Unificar y simplificar el circuito de derivación** para que cualquier profesional de Atención Primaria o especializada sepa cómo proceder ante una solicitud de IVE. Por ejemplo, establecer un procedimiento claro: informar a la paciente de sus opciones y contactar directamente con el centro acreditado u hospital público correspondiente, evitando trámites innecesarios. Esto reduce demoras y evita que la mujer deba navegar por el sistema por sí sola.
- **Crear canales de información accesibles al público sobre la IVE**, a nivel estatal y autonómico. Se propone desarrollar materiales divulgativos en varios idiomas (folletos, webs oficiales, líneas telefónicas confidenciales) que expliquen dónde acudir, qué derechos se tienen y qué pasos seguir para interrumpir un embarazo. Una medida concreta sería publicar un mapa o directorio actualizado de centros que realizan IVE (indicando si son públicos o concertados y qué métodos ofrecen), de modo que cualquier mujer o profesional pueda identificar rápidamente el recurso más cercano.

- **Difundir procedimientos para atender a mujeres sin tarjeta sanitaria o sin empadronamiento**, de forma que esta información llegue a todos los rincones del sistema. Muchos profesionales desconocen que pueden emitir tarjetas sanitarias temporales o usar formularios especiales para cubrir a mujeres en situación administrativa irregular. Es imprescindible instruir a los centros de salud sobre estas herramientas y publicitar entre la población migrante que el acceso al aborto es gratuito y no exige tener papeles en regla.
- **Asegurar la uniformidad de la información ofrecida a las pacientes**, independientemente del punto del sistema al que acudan. Todas las mujeres que soliciten una IVE deben recibir una orientación homogénea y veraz: sobre métodos disponibles, plazos legales, centros de referencia y apoyo disponible. Para lograrlo, podría centralizarse la primera acogida en unidades especializadas o, en su defecto, capacitar a todo el personal de puerta de entrada (médicas/os de familia, matronas, trabajadoras/es sociales) con guías breves de actuación. Esto evitará que la calidad de la información dependa del azar o de las creencias del profesional que toque.

E. ATENCIÓN HUMANIZADA Y LIBRE DE ESTIGMA

Aunque el aborto es legal y forma parte de la cartera de servicios, sigue existiendo un importante estigma social e institucional en torno a su práctica. Muchas mujeres describen trato distante, juicios morales o falta de sensibilidad por parte de algunos profesionales, lo que añade carga emocional a un proceso ya de por sí delicado. Asimismo, ciertas prácticas organizativas (como ubicar la unidad de IVE junto a maternidad o extremar protocolos que enfatizan la pérdida) pueden incrementar sentimientos de culpa o vergüenza. Es fundamental humanizar la atención a la IVE, proporcionándola en un entorno de respeto, privacidad y comprensión, equiparable al de cualquier otra prestación sanitaria.

- **Integrar la IVE en unidades de salud sexual y reproductiva con enfoque integral**, en lugar de tratarla como un servicio aislado o excepcional. Atender el aborto en los mismos espacios donde se brindan métodos anticonceptivos, seguimiento ginecológico o atención a la maternidad permite abordarlo con naturalidad y reduce la idea de que es una práctica «aparte» de la sanidad habitual.
- **Realizar la atención a la IVE con un enfoque feminista**. La atención a la interrupción voluntaria del embarazo debe partir de un enfoque feminista que reconozca el aborto como un derecho y una decisión legítima de las mujeres sobre su cuerpo y su vida. Esto implica comprender las desigualdades estructurales que atraviesan el acceso, garantizar un trato libre de juicios y respetar la autonomía reproductiva en todo el proceso asistencial.
- **Garantizar un entorno cómodo y confidencial para las pacientes**, evitando situaciones que puedan estigmatizar. Por ejemplo, no ubicar las IVE electivas en plantas de partos o neonatología, ni referirse a quirófanos y salas como «el cuarto del aborto». En su lugar, habilitar áreas separadas y discretas donde las mujeres se sientan seguras y no expuestas a miradas o comentarios, reforzando la dignidad en la atención.

- **Promover la empatía y el respeto absoluto en el trato clínico**, recordando a todos los niveles profesionales (desde recepción hasta cirujanos) que la decisión de abortar es un derecho de la mujer y no debe ser objeto de juicio. Esto puede incluir protocolos de comunicación centrados en la paciente (escucha activa, validación emocional, lenguaje no culpabilizador) y la opción de que esté acompañada por una persona de confianza durante el proceso, si así lo desea.
- **Ofrecer acompañamiento psicológico y social cuando la mujer lo solicite**, integrándolo en la ruta asistencial. Sin presuponer que el aborto genera siempre trauma, sí se debe tener disponibilidad de apoyo profesional para quienes lo necesiten, especialmente en casos de IVE por razones médicas o en mujeres muy jóvenes. Incluir psicólogas/os o trabajadoras sociales en los equipos de IVE ayuda a abordar miedos, detectar situaciones de violencia de género o vulnerabilidad y asegurar un soporte emocional adecuado antes, durante y después del procedimiento.
- **Formar y sensibilizar a equipos interdisciplinarios en la perspectiva de género y la no estigmatización**, como parte de la calidad asistencial. Una atención humanizada implica que todos los miembros del equipo (ginecología, enfermería, anestesia, etc.) comprendan el impacto que tienen sus actitudes. Talleres de deconstrucción de prejuicios, espacios de reflexión ética y compartir buenas prácticas de trato pueden institucionalizar una cultura de respeto. Esto complementa la formación técnica, creando profesionales que no solo sepan cómo realizar una IVE, sino cómo acompañar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos.
- **Establecer perímetros de seguridad en torno a las clínicas acreditadas para garantizar entornos libres de hostigamiento**. La administración debe asegurar la presencia de dispositivos policiales estables y la sanción a grupos que coaccionen o intimiden a las mujeres o a los profesionales, garantizando su derecho a acceder a la IVE sin presiones externas.

F. GARANTÍA DE ACCESO INCLUSIVO PARA COLECTIVOS VULNERABLES

Muchas mujeres se enfrentan a barreras añadidas para acceder a la IVE debido a su situación personal, socioeconómica o administrativa. Mujeres en situación irregular, jóvenes adolescentes, mujeres con discapacidad, aquellas sin red de apoyo familiar o víctimas de violencia de género suelen encontrar obstáculos y barreras específicas que el sistema debe reconocer y solventar. La igualdad en el derecho a abortar exige medidas encaminadas a que ninguna mujer quede excluida o sufra discriminaciones por circunstancias particulares.

- **Eliminar requisitos administrativos excluyentes para mujeres sin documentación o en situación administrativa irregular**. En la práctica, esto implicaría que ni el empadronamiento ni la tarjeta sanitaria sean exigidos para iniciar el proceso de IVE. Se deben habilitar tarjetas sanitarias temporales de emergencia u otros mecanismos inmediatos de cobertura, tal y como ya se aplica en algunas regiones. Además, como

reconoce la legislación vigente, la interrupción voluntaria del embarazo debe considerarse una prestación sanitaria de urgencia, lo que implica garantizar su acceso inmediato, sin dilaciones ni barreras administrativas, especialmente para mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. Para ello, es necesario desarrollar protocolos específicos de atención para mujeres en situación de prostitución, víctimas de violencia de género, menores de edad, mujeres en situación de calle y otras condiciones de especial vulnerabilidad. Estos protocolos deben asegurar una atención ágil, confidencial, con acompañamiento profesional y coordinada con servicios sociales o recursos especializados, cuando sea necesario.

- **Facilitar la atención con intérpretes y mediación cultural.** Los servicios de IVE deben disponer de acceso a traducción (presencial o telefónica) para informar correctamente a las mujeres migrantes sobre sus opciones y garantizar un consentimiento verdaderamente informado. Asimismo, materiales escritos en los idiomas más frecuentes y el apoyo de mediadoras culturales o trabajadoras sociales pueden mejorar la experiencia de usuarias extranjeras.
- **Adaptar la atención a mujeres con discapacidad,** asegurando tanto la accesibilidad física como la autonomía en la toma de decisiones. Es necesario dotar a los centros de equipamiento ginecológico adaptado (por ejemplo, camillas especializadas) y formar al personal en el trato adecuado a personas con discapacidad intelectual o sensorial. Las mujeres con discapacidad deben recibir la información en formatos accesibles y poder expresar libremente su voluntad. Se deben cumplir estrictamente las leyes vigentes que prohíben sustituciones arbitrarias de consentimiento: ni familiares ni tutores pueden imponer decisiones reproductivas contra su deseo ni acceder al gabinete donde se entrega el consentimiento informado. Además, se debe reforzar la vigilancia para erradicar prácticas lesivas como esterilizaciones forzosas o administración de tratamientos anticonceptivos sin consentimiento informado, garantizando el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Garantizar el acceso a la IVE para adolescentes y mujeres jóvenes en condiciones de confidencialidad, autonomía y acompañamiento especializado.** Las mujeres jóvenes —y especialmente las adolescentes de 16 y 17 años— constituyen el grupo con mayor tasa de acceso a la IVE. Tras la reforma legal que elimina la necesidad de consentimiento paterno o materno en este grupo de edad, es imprescindible que todos los servicios ajusten sus protocolos para garantizar un trato respetuoso, libre de juicios morales y no paternalista. Ninguna adolescente mayor de 16 años debe ser derivada involuntariamente a su familia ni enfrentarse a barreras institucionales para ejercer su derecho.

Para ello, se deben **habilitar circuitos específicos adaptados a la realidad de las jóvenes,** incluyendo espacios propios como los **Centros Jóvenes de Atención a la Sexualidad (CJAS).** Estos dispositivos deben recibir una dotación adecuada de recursos humanos, materiales y económicos, e incluir de forma efectiva la IVE en su cartera de servicios, tanto en su modalidad farmacológica como instrumental.

- Impulsar la creación de centros CJAS en, al menos, cada provincia, con dotación adecuada de recursos humanos, materiales y económicos, y con la IVE incluida expresamente en su cartera de servicios.

- Asegurar que estos centros sean exclusivos para jóvenes y estén ubicados fuera de hospitales y centros generales de salud, generando espacios propios, confidenciales y accesibles.
- Ampliar la disponibilidad horaria de los CJAS, incluyendo atención en fines de semana y horarios vespertinos para facilitar el acceso de adolescentes que estudian o dependen de personas adultas para desplazarse.
- Permitir la atención directa sin necesidad de cita previa, dando respuesta a demandas urgentes y reduciendo la ansiedad y las barreras asociadas a la espera en procesos sensibles como el aborto.
- Incorporar una atención integral desde una perspectiva feminista, de derechos y adaptada a las etapas vitales de la adolescencia y juventud, que combine la información clara y el acompañamiento emocional con el acceso directo a los servicios.
- Incluir de forma efectiva la interrupción voluntaria del embarazo (farmacológica o instrumental, según proceda) en la oferta asistencial de estos centros, garantizando que las jóvenes puedan acceder a este derecho en espacios seguros, próximos y sin estigmas.
- **Priorizar y acompañar los casos de mujeres en situación de especial vulnerabilidad,** como víctimas de violencia de género, mujeres en situación de calle o prostitución, o aquellas sin red de apoyo. Los servicios sanitarios deben coordinarse con servicios sociales y entidades especializadas para brindar un apoyo integral. Por ejemplo, si una mujer sufre violencia machista, asegurar un itinerario de IVE rápido y seguro, con las debidas medidas de protección. O si una mujer está sola, ofrecer acompañamiento de una trabajadora social durante el proceso. Estas intervenciones individualizadas garantizan que las circunstancias personales difíciles no impidan o demoren el acceso a la IVE.
- Además, en casos de abusos sexuales, el personal sanitario debe custodiar los restos fetales como prueba de tal abuso. Para ello, también es necesario disponer de protocolos específicos y comunicación directa con unidades de atención a la violencia machista y/o sexual.

G. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN TODOS LOS NIVELES EDUCATIVOS

La garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo debe ir de la mano de políticas efectivas de educación sexual integral.

Es fundamental implementar una educación sexual integral que nos empodere para poder tomar decisiones informadas y saludables. Esta educación debe ser accesible, con información veraz, actualizada y basada en evidencias científicas, para que podamos comprender plenamente nuestro propio cuerpo, nuestras emociones y nuestras relaciones. Además, es esencial que esta educación sea respetuosa y sensible a la diversidad de experiencias y realidades de las mujeres, reconociendo y valorando nuestras orientaciones y contextos sociales.

- **Desarrollar e implementar de manera real la educación sexual en el sistema educativo**, en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación y 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.
- **Tomar medidas para evitar que las organizaciones contrarias a los derechos sexuales y reproductivos** puedan hacer intervenciones, talleres o cualquier acción dentro de los centros educativos y garantizar así el derecho de la infancia y adolescencia a recibir una educación sexual integral.
- **Desarrollar unos estándares comunes para una educación sexual integral** que se apliquen en todas las CCAA, que deben incluir:
 - Educación para el consentimiento y la asertividad en la sexualidad.
 - Educación menstrual.
 - Más información sobre diversidad sexual.
 - Educación para la corresponsabilidad en la anticoncepción.
 - Derecho a conocer todos los métodos anticonceptivos disponibles.
 - Mayor visibilización del placer femenino y de la masturbación femenina.
 - La interrupción voluntaria del embarazo como un derecho de las mujeres.
 - Información sobre el acceso a los recursos y servicios.
- **Incorporar en los planes de estudio de las titulaciones universitarias y formación obligatoria para el profesorado** contenidos obligatorios sobre educación sexual, así como establecer formación continua, obligatoria y adaptada a las distintas etapas educativas.
- Dotar al profesorado de recursos prácticos y herramientas para que pueda acompañar adecuadamente al alumnado y **establecer protocolos específicos en los centros educativos**, de forma que los docentes puedan desempeñar un rol de guía, facilitando

información y asesoramiento e incorporando los contenidos de manera transversal en el currículum educativo.

- **Diseñar e implementar campañas de sensibilización en educación sexual**, dirigidas especialmente a la población joven y adolescente, con enfoque en derechos, salud, igualdad y prevención de violencias.

Aunque la legislación vigente reconoce el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en determinados plazos y supuestos, el hecho de que el aborto continúe tipificado como delito en el Código Penal implica que jurídicamente se sigue considerando, por defecto, una conducta delictiva, salvo en las excepciones expresamente despenalizadas. Esta configuración refuerza el estigma social y jurídico que pesa sobre las mujeres y sobre los y las profesionales que garantizan este servicio, al mantener la idea de que el aborto es una práctica ilícita tolerada solo bajo condiciones específicas. La despenalización plena constituye, por tanto, una deuda democrática y un paso imprescindible para consolidar un modelo de salud sexual y reproductiva basado en un verdadero enfoque de derechos, que reconozca a las mujeres como titulares plenas de su autonomía y libertad reproductiva.

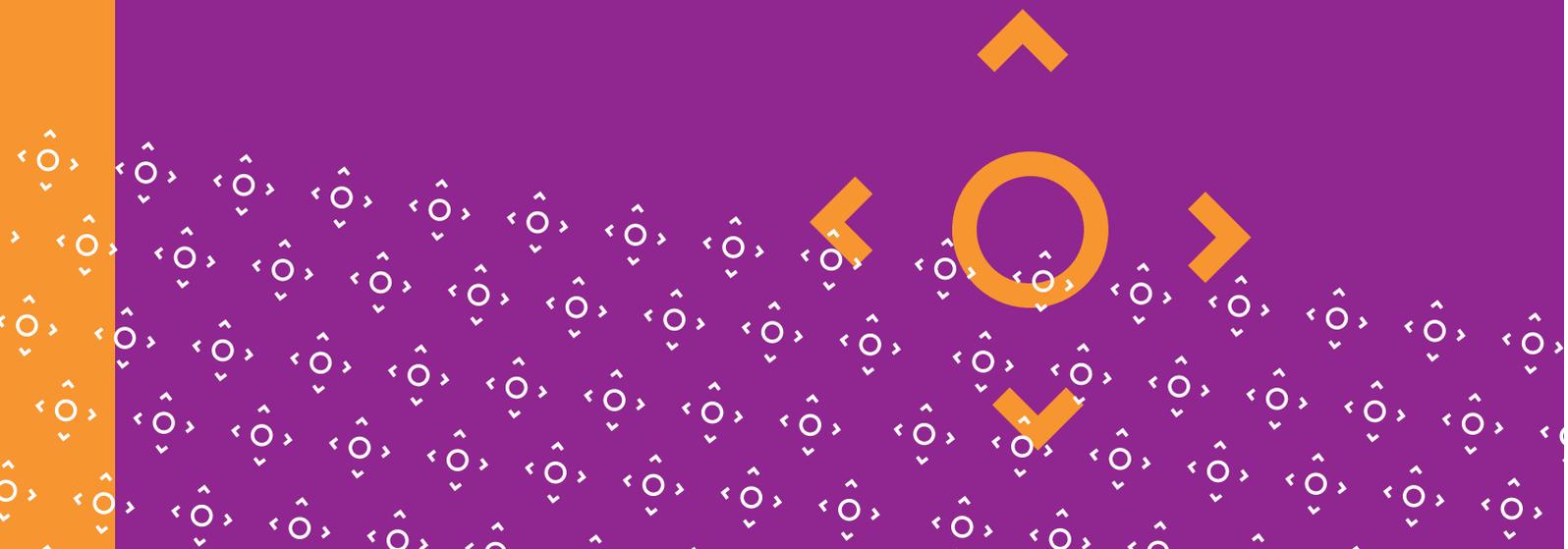
Cada una de estas propuestas busca construir un modelo de acceso a la IVE más justo, eficaz y sensible; y son resultado de combinar las lecciones extraídas de los testimonios en terreno con los hallazgos del análisis técnico. Implementarlas contribuiría a que el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo se ejerza en España de una manera más equitativa, segura y respetuosa con la decisión y la dignidad de las mujeres.

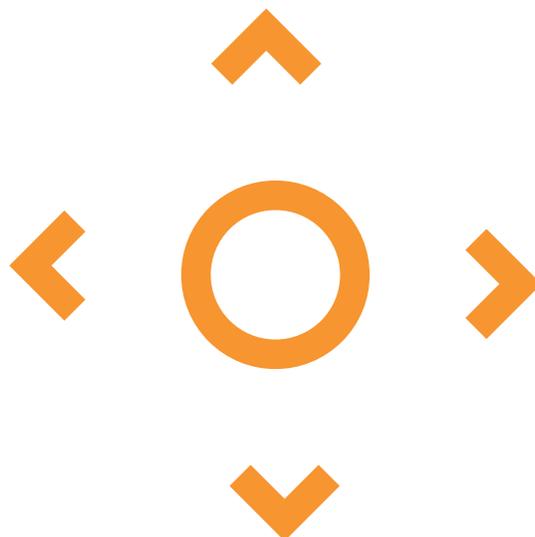
EL ABORTO EN ESPAÑA:

BARRERAS Y RETOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

10

**BIBLIOGRAFÍA Y
OTRAS FUENTES**





O BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES

- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). (2014). *Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres o tutores la interrupción de su embarazo (Enero 2014 - septiembre 2014)*. ACAI. <https://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf>
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). (2014). *Informe sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España*. <https://www.acaive.com/pdf/Acceso-al-aborto-en-Espana.pdf>
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). (2019). *Guía de atención integral a las mujeres que solicitan una IVE*. <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) (2019). *Informe sobre métodos de interrupción del embarazo en España*. ACAI.
- Barrera López, B. (2024). La punición franquista del aborto. *Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia*, 24(1), 157–182. <https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/7397eacb-e85f-4f73-8f20-2f6294f1feb5/content>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cadena SER. Radio Valladolid. (2025, julio 19). *Castilla y León permitirá a los sanitarios objetar por supuestos de aborto en su registro de objeción de conciencia*. <https://cadenaser.com/castillayleon/2025/07/19/castilla-y-leon-permitira-a-los-sanitarios-objetar-por-supuestos-de-aborto-en-su-registro-de-objecion-de-conciencia-radio-valladolid>
- Campelo, P. Diario Público (2014, febrero 15). *La Segunda República despenalizó el aborto con la ley más avanzada de Europa*. <https://www.publico.es/actualidad/segunda-republica-despenaliza-aborto-ley-avanzada-europa.html>

- Cátedra de Género UNESCO UNED. (s.f.). *La legalización del aborto en la Segunda República Española: el decreto catalán de 1936 y la propuesta de Federica Montseny*. https://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,71620357&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Comité de Bioética de España. (2016). *Menores maduros y consentimiento informado en el ámbito sanitario*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2015). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de España*. Naciones Unidas.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2015). *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España*. CEDAW/C/ESP/CO/7-8. <https://www.refworld.org/es/pol/obspais/cedaw/2015/es/107942>
- Comunidad de Madrid. (2024). *Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2023*. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 29(7). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_ive_2023.pdf
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2021). *Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la_mancha.pdf
- El Diario. (2014, septiembre 28). *Las feministas celebran la retirada de la reforma del aborto conscientes de la “vulnerabilidad” de sus derechos*. https://www.eldiario.es/sociedad/aborto-libre-gallardon-femisitas_1_4620557.html
- El Diario. (2024, noviembre 04). *El 99,6% de los abortos que se practican en la Comunidad de Madrid se realizan en clínicas privadas*. https://www.eldiario.es/madrid/99-6-abortos-practican-comunidad-madrid-realizan-clinicas-privadas_1_11789926.html
- El País. (1995, mayo 20). *IU pide el apoyo a las diputadas socialistas para la ley del aborto y acusa al Gobierno de ceder ante CiU*. https://elpais.com/diario/1995/05/20/espana/800920842_850215.html
- El País. (2024, agosto 20). *Solo cinco autonomías tienen el registro de médicos objetores de conciencia del aborto que exige la ley*. <https://elpais.com/sociedad/2024-08-20/solo-cinco-autonomias-tienen-el-registro-de-medicos-objetores-de-conciencia-del-aborto-que-exige-la-ley.html>
- El País. (2025, abril 14). *Los abortos en la sanidad pública de Madrid pasan de dos a 71 al año tras el caso de Marta Vígara, a la que se le negó una interrupción terapéutica*. <https://elpais.com/espana/madrid/2025-04-14/los-abortos-en-la-sanidad-publica-de-madrid-pasan-de-2-a-71-al-ano-tras-el-caso-de-marta-vigara-a-la-que-se-le-nego-una-interrupcion-terapeutica.html>
- Europa Press. (2024, diciembre 18). *Más Madrid reclama crear el registro de objetores de conciencia del aborto como aprobó el lunes Sanidad con las CCAA*. <https://www.europapress.es/madrid/noticia-mas-madrid-reclama-crear-registro-objetores-conciencia-aborto-aprobo-lunes-sanidad-ccaa-20241218183811.html>
- Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). (2010). *Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos*. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD11426.pdf>
- Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). (2019). *Barreras en el acceso a la IVE en España*. FPFE.

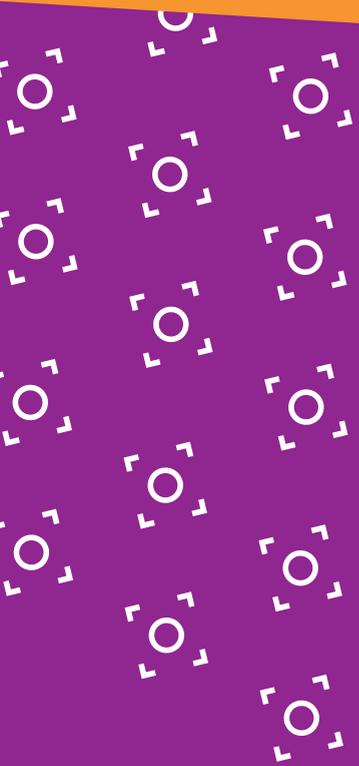
- Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). (2019). *Derechos sexuales y reproductivos en España: Informe sombra al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas*.
- Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). (2019). *Informe sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España: barreras y desigualdades*. Madrid: FPFE.
- Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). (2021). *El acceso al aborto en España: ¿derecho o privilegio?* Madrid: FPFE.
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are We There Yet? *The Qualitative Report*, 20(9), 1408–1416. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>
- Generalitat de Catalunya – Departament de Salut. (2023). *Informe anual sobre la interrupció voluntària de l'embaràs 2022*.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guttmacher Institute. (2023). *Spain expands abortion access and reinforces reproductive rights framework*.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. (2017). *Salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes en España. Perspectiva de género y derechos*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad. (2022). *III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025*. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1824.pdf>
- Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. (2011). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Guía común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/guiasProtocolos/guiaIVE2025/docs/GUIA_IVE_MS_2025.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Guía común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_IVE_Farmacologica_04-11-2022.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Datos nacionales sobre interrupciones voluntarias del embarazo 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2023*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Protocolo de actuación en IVE y estándares de calidad*. [Documento interno]. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia establecido en la LO 1/2023*. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/docs/Protocolo_Registro_Objetoires_IVE_Diciembre_2024.pdf
- Naciones Unidas. (1995). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994*. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. A/RES/61/106. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Medical management of abortion*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Abortion care guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Redacción Médica. (2025). *La guía técnica del aborto por aspiración manual segura*. <https://www.redaccionmedica.com>
- Servicio Cántabro de Salud. Gobierno de Cantabria. (2017). *Procedimiento de atención a la interrupción voluntaria del embarazo en el SCS*. <https://saludcantabria.es/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo-ive->
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2023, marzo). *Boletín jurídico sanitario: referencia normativa sobre la interrupción voluntaria del embarazo*. SESCAM.
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2023, mayo). *Boletín de Derecho Sanitario y Bioética n.º 212*. SESCAM. <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230615/mayo.pdf>
- United Nations Human Rights Council. (2024, July 12). *Resolution on sexual and reproductive health and rights*. United Nations. <https://www.ippf.org/media-center/landmark-decision-un-human-rights-council-adopts-first-ever-resolution-reference>

○ LEGISLACIÓN Y NORMATIVA

- Decreto de regulación de la interrupción artificial del embarazo. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, n.º 9. Generalitat de Cataluña, 9 enero de 1937. <https://dogc.gencat.cat/web/continguts/serveis/republica/1937/19370009.pdf>
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 166, de 12 de julio de 1985. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de enero de 1996. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1>
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 274, 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71, 23 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3>
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>

- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 227, de 22 de septiembre de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 134, 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado*, 215, 7 de septiembre de 2022. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10>
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 51, 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 206, 25 de julio de 1889. [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)
- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 155, de 26 de junio de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/06/25/831>
- Sentencia del Tribunal Constitucional 44/2023, de 9 de mayo de 2023. *Boletín Oficial del Estado*, 139, de 12 de junio de 2023. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-13955>



**MUJERES
JÓVENES
federación**

Declarada de Utilidad Pública



 Instituto de
las Mujeres