
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Garrancho Menor, Lucia. *El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España : regulación y desigualdades territoriales*. Treball de Final de Grau (Universitat Autònoma de Barcelona), 2026 (Dret). 95 pàg.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/331867>

under the terms of the  license.



**EL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN ESPAÑA:**

Regulación y desigualdades territoriales

Trabajo de Final de Grado

Autora: Lucía Garrancho Menor

Tutora: Noelia Igareda González

Doble grado: Administración y Dirección de Empresas y Derecho

Facultad de Economía y Empresa

10 de mayo de 2026

Agradecimientos

Quiero expresar, en primer lugar, mi agradecimiento a mi tutora, Noelia Igareda, por su acompañamiento durante la elaboración de este trabajo, por sus orientaciones, sus observaciones y el rigor con el que me ha guiado a lo largo del proceso. Sus comentarios y correcciones han sido fundamentales para enfocar mejor la investigación y para desarrollar este trabajo con mayor solidez.

Asimismo, quiero agradecer sinceramente a las personas que han accedido a ser entrevistadas y a compartir conmigo su tiempo, su experiencia y sus reflexiones. Sus aportaciones han enriquecido de forma decisiva este trabajo, al permitirme contrastar el análisis jurídico con la realidad práctica.

Por último, quiero dar las gracias a mi familia por su apoyo constante, su paciencia y su confianza durante todo este proceso. Su acompañamiento, tanto en los momentos más fáciles como en los más exigentes, ha sido esencial para poder llegar hasta aquí.

Resumen

El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se ha configurado como una de las expresiones más claras de libertad, igualdad y dignidad de las mujeres. A lo largo de las últimas décadas, su despenalización ha sido una de las principales reivindicaciones del movimiento feminista.

En España, pese a la existencia de un marco normativo estatal que reconoce y regula el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), su materialización práctica depende en gran medida de la actuación de los servicios sanitarios autonómicos, lo que plantea interrogantes sobre la igualdad real en su ejercicio en todo el territorio.

Este trabajo analiza cómo el actual modelo competencial y normativo incide en la garantía práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, atendiendo a los factores jurídicos, políticos y sociales que condicionan su aplicación.

El objetivo principal de este trabajo es evaluar si el modelo vigente permite asegurar un acceso equitativo y efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo dentro del sistema público de salud, así como identificar los principales obstáculos jurídicos e institucionales que dificultan su plena implementación. A partir de este análisis, se pretende contribuir a la reflexión sobre la necesidad de reforzar los mecanismos de garantía del acceso, con el fin de asegurar su ejercicio en condiciones de igualdad efectiva para todas las mujeres, con independencia de su lugar de residencia.

Abstract

Access to the voluntary termination of pregnancy has emerged as one of the clearest expressions of women's freedom, equality, and dignity. Over the last few decades, its decriminalization has been one of the primary demands of the feminist movement.

In Spain, despite the existence of a national regulatory framework that recognizes and regulates access to Voluntary Termination of Pregnancy (VTP), its practical implementation largely depends on the actions of regional health services. This raises questions regarding actual equality in the exercise of this right across the entire territory.

This paper analyzes how the current jurisdictional and regulatory model affects the practical guarantee of the voluntary termination of pregnancy, considering the legal, political, and social factors that influence its application.

The main objective of this work is to evaluate whether the current model ensures equitable and effective access to voluntary termination of pregnancy within the public health system, as well as to identify the primary legal and institutional obstacles that hinder its full implementation. Based on this analysis, the aim is to contribute to the reflection on the need to strengthen the mechanisms that guarantee access, to ensure its exercise under conditions of effective equality for all women, regardless of their place of residence. ¹

¹ Traducción facilitada por Gemini 3 Flash (Google, 2026).

Índice

1. Introducción	7
1.1. Objetivos y preguntas de la investigación.....	9
1.2. Hipótesis de partida	10
1.3. Metodología.....	10
2. Marco teórico y conceptual: la interrupción voluntaria del embarazo en el ordenamiento jurídico español.....	12
2.1. Evolución normativa de la IVE en España	12
2.2. Definición de los derechos sexuales y reproductivos	19
2.3. Regulación Actual: 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.	20
3. Distribución competencial en materia sanitaria y garantía del acceso a la IVE 27	
3.1. El Estado autonómico y la competencia en materia de sanidad	27
3.2. La IVE como prestación sanitaria común del Sistema Nacional de Salud.	28
3.3. Objeción de conciencia del personal sanitario	29
3.4. Incumplimiento autonómico y garantía del acceso a la IVE: el caso de la Comunidad de Madrid	32
4. La desigualdad territorial en el acceso a la IVE: análisis comparado entre Catalunya y la Comunidad de Madrid	34
4.1. Indicadores de acceso efectivo a la IVE	36
4.2. El modelo de Catalunya de garantía del acceso a la IVE	38
4.3. El modelo de la Comunidad de Madrid	44
5. Conclusiones	48
6. Bibliografía	52
7. Legislación y Jurisprudencia.....	57
8. Anexos	60

8.1. Entrevista a Persona 1 - Directora de la Associació de Drets Sexuals i Reproductius. Activista feminista y politóloga.	60
8.2. Entrevista a Persona 2 - Secretaria General de Igualdad y Feminismo de la Generalitat de Catalunya y presidenta del Instituto Catalán de las Mujeres.	71
8.3. Entrevista a Persona 3 - Llevadora en un centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).	84
8.4. Entrevista a Persona 4 – Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.....	88

1. Introducción

El presente trabajo de final de carrera pretende analizar, desde una perspectiva jurídica, política y social, el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España, poniendo foco en las posibles desigualdades territoriales derivadas de su ejercicio en los sistemas sanitarios públicos autonómicos.

La interrupción voluntaria al embarazo se encuentra reconocida y regulada a nivel estatal por 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. No obstante, su aplicación efectiva es competencia de los sistemas sanitarios autonómicos. Esta situación dificulta la garantía de cumplimiento de la norma de manera centralizada y podría dar lugar a la existencia de desigualdades entre los diferentes territorios.

Garantizar que todas las mujeres podamos acceder de manera efectiva a la interrupción voluntaria del embarazo es sin duda uno de los pilares de las reivindicaciones del movimiento feminista. Este acceso, desde el sistema público de salud con garantías de equidad territorial, es fundamental como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva. La disponibilidad de procedimientos legales y seguros previene abortos clandestinos, en los cuales puede peligrar la vida de las mujeres. En esta línea, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, supuso un avance significativo al abordar de manera integral la protección y garantía de los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva y al modificar el enfoque con el que tradicionalmente se había tratado la IVE en España.

De acuerdo con el artículo 148.1. 21ª de la Constitución Española (CE), las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia de sanidad e higiene. La interrupción voluntaria del embarazo forma parte de la cartera de servicios del sistema de salud, por lo que es primordial que los centros públicos ofrezcan este servicio para permitir que las mujeres puedan abortar en igualdad de condiciones, independientemente de su clase social y capacidad económica.

Según el informe "Situación del aborto en la sanidad pública. Evolución y medidas para la accesibilidad" (Ministerio de Sanidad, 2025), vemos que algunas Comunidades Autónomas, como Extremadura o Castilla La Mancha, no han registrado ninguna IVE en la sanidad pública en 2024, mientras que, en otras, como Madrid o Andalucía, menos del 1 % de los abortos se realizan en centros públicos. A ello se suma la resistencia que

algunas comunidades mostraron frente a la implantación del registro de profesionales objetores de conciencia, un instrumento clave para la organización de los servicios sanitarios y para asegurar la disponibilidad de personal que garantice el cumplimiento efectivo 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 (Linde, 2025)². El caso más significativo ha sido el de la Comunidad de Madrid, que mantuvo su negativa hasta que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ordenó iniciar de inmediato los trámites para su creación, al entender que la inactividad autonómica afectaba al cumplimiento de la normativa vigente y a la adecuada gestión del servicio. Este conflicto puso de manifiesto que la efectividad del acceso a la IVE no depende solo de su reconocimiento legal, sino también del grado de compromiso institucional con su aplicación real (Alberca Lamas, 2026)³.

Por otro lado, el Gobierno ha impulsado una propuesta de reforma constitucional dirigida a blindar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y a reforzar su garantía en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio. El Consejo de Ministros aprobó el 7 de abril de 2026 el proyecto de reforma del artículo 43 de la Constitución, incorporando un nuevo apartado cuarto con la siguiente redacción: “Los poderes públicos garantizarán el ejercicio del derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de igualdad real y efectiva con cuantas prestaciones y servicios sean necesarios para dicho ejercicio”. Con esta propuesta, el Gobierno sitúa el foco en la dimensión prestacional del derecho, tratando de responder a las desigualdades territoriales de su ejercicio efectivo (La Moncloa, 2026).⁴

² Linde, P. (2025, octubre, 02) Madrid, Baleares, Aragón y Asturias incumplen la ley al no contar con registros de objetores del aborto. *El País*. *La creación de estas listas es un mandato de la ley de 2023 y Sanidad ha advertido a las comunidades que incumplan que tomará medidas*. <https://elpais.com/sociedad/2025-10-02/madrid-baleares-aragon-y-asturias-incumplen-la-ley-al-no-contar-con-registros-de-objetores-del-aborto.html>

³ Alberca Lamas, J. (2026, marzo, 09). El TSJM ordena a la Comunidad de Madrid «iniciar de inmediato» la puesta en marcha del registro de objetores del aborto. *Gaceta Médica*. *La resolución judicial llega tras la solicitud de medida cautelar planteada por el Ministerio de Sanidad ante el máximo órgano de la Justicia madrileña*. <https://gacetamedica.com/politica/tsjm-comunidad-madrid-iniciar-puesta-marcha-registro-objetores-aborto/>

⁴ La Moncloa. (2026, abril, 07). El Gobierno aprueba el proyecto de reforma constitucional para blindar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. *La Moncloa*. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/paginas/2026/070426-rueda-de-prensa-ministros.aspx>

1.1. Objetivos y preguntas de la investigación

El objetivo general del trabajo es analizar el estado actual del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España, identificando posibles desigualdades territoriales.

Para ello, se adoptará una aproximación general al conjunto del Estado, pero se realizará un estudio más detallado y comparado de dos comunidades autónomas especialmente relevantes por su peso demográfico, su dimensión institucional y el contraste que presentan en la forma de articular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo dentro del sistema sanitario:

- Cataluña, por su mayor grado de integración de la prestación en la sanidad pública y por presentar porcentajes de IVE realizadas en centros públicos superiores a la media estatal (Ministerio de Sanidad, 2025).
- Comunidad de Madrid, por las controversias existentes en torno a la accesibilidad efectiva de esta prestación y por la escasa realización de IVE en centros públicos (Ministerio de Sanidad, 2025).

Además, ambas están gobernadas por partidos políticos distintos, Cataluña por el Partit dels Socialistes de Catalunya y la Comunidad de Madrid por el Partido Popular, lo que permite incorporar el factor político como una variable más dentro del análisis. La comparación de ambas permitirá observar con mayor precisión cómo influyen los factores políticos, institucionales y organizativos en la efectividad real del acceso a la IVE y en la existencia o ausencia de desigualdades territoriales.

A partir de este planteamiento, el trabajo pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Existen diferencias significativas en el acceso al aborto entre las distintas comunidades autónomas españolas?
2. ¿Qué factores (políticos, sanitarios, económicos o ideológicos) explican esas diferencias?
3. ¿Cómo influye la objeción de conciencia y la organización del sistema sanitario autonómico en el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo?
4. ¿Qué papel juegan los centros públicos frente a los privados en la garantía del derecho al aborto?

5. ¿Podría considerarse que las desigualdades territoriales en la práctica del aborto vulneran el principio de igualdad (art. 14 CE) o la obligación de los poderes públicos de hacer efectiva la igualdad real (art. 9.2 CE)?

A través de ellas se pretende identificar no solo la existencia de desigualdades territoriales, sino también las causas estructurales, normativas y organizativas que las explican, así como evaluar si dichas diferencias pueden plantear problemas desde la perspectiva constitucional y del cumplimiento de la normativa vigente.

1.2. Hipótesis de partida

La hipótesis principal de este trabajo sostiene que, a pesar de que el acceso a la IVE está reconocido y protegido por la legislación estatal, su aplicación práctica varía significativamente entre comunidades autónomas, generando desigualdades territoriales que comprometen la igualdad material y la efectividad real del acceso a la interrupción voluntariamente del embarazo.

Como hipótesis secundaria, se plantea que estas desigualdades se deben, en gran medida, a diferencias en la gestión sanitaria autonómica, a la objeción de conciencia del personal médico y a la orientación ideológica de los gobiernos autonómicos.

1.3. Metodología

Este trabajo adoptará una metodología mixta, combinando técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo, con el objetivo de ofrecer una visión completa y rigurosa del acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo en el Estado español y de las posibles desigualdades territoriales derivadas de su aplicación autonómica.

Desde una perspectiva cualitativa, se realiza un análisis jurídico de la legislación estatal y autonómica vigente, así como de la jurisprudencia relevante, con el fin de examinar el marco normativo que regula la interrupción voluntaria del embarazo. Así mismo, se analizan documentos oficiales y protocolos administrativos relacionados con la organización de los servicios sanitarios, para comprender cómo se articula la prestación de la IVE en la práctica.

En este trabajo se ha optado por una selección jurisprudencial reducida puesto que el objeto del estudio no es realizar un análisis jurisprudencial amplio, sino examinar las desigualdades territoriales en el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo desde una perspectiva principalmente normativa, organizativa y práctica. Por

ello, se ha optado por seleccionar aquellas resoluciones del Tribunal Constitucional que resultan verdaderamente relevantes para fundamentar el marco jurídico del trabajo, en particular la STC 53/1985 (ECLI:ES:TC:1985:53), la STC 160/1987 (ECLI:ES:TC:1987:160), la STC 44/2023 (ECLI:ES:TC:2023:44) y la STC 78/2023 (ECLI:ES:TC:2023:78), por ser las que permiten explicar la evolución de la doctrina constitucional sobre la protección del nasciturus, la objeción de conciencia, la posición jurídica de la mujer y la exigencia de que el acceso a la prestación sea real y efectivo.

De forma complementaria, se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas a los siguientes agentes institucionales y profesionales vinculados a la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de contrastar el marco normativo con su aplicación real y detectar posibles barreras en el acceso a la prestación:

- Directora de la Associació de Drets Sexuals i Reproductius. Activista feminista y politóloga.
- Secretaria General de Igualdad y Feminismos de la Generalitat de Catalunya y presidenta del Instituto Catalán de las Mujeres.
- Llevadora en un centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).
- Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Desde el punto de vista cuantitativo, se realiza un análisis de los datos estadísticos publicados anualmente por el Ministerio de Sanidad en el informe "Situación del aborto en la sanidad pública. Evolución y medidas para la accesibilidad", lo que permite comparar las cifras de abortos entre CCAA, identificar patrones de acceso desigual, y observar la evolución temporal de la prestación del servicio y detectar posibles patrones explicativos de dichas diferencias.

Para la elaboración de este trabajo final de carrera, se han utilizado modelos de inteligencia artificial, concretamente Gemini 3 Flash (Google) y GPT-4 (ChatGPT), como herramientas de apoyo para búsqueda y recopilación de información, análisis y extracción de datos, estructuración y revisión de contenidos.

2. Marco teórico y conceptual: la interrupción voluntaria del embarazo en el ordenamiento jurídico español

2.1. Evolución normativa de la IVE en España

La II República

La primera regulación del aborto en España en sentido histórico no tuvo carácter estatal, sino autonómico, se produjo durante la II República, a través del Decreto de Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 1936, impulsado por el doctor Félix Martí Ibáñez, entonces director general del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Generalitat. Esta norma reconocía la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo en Catalunya por tres tipos de motivos: éticos, terapéuticos o eugenésicos.⁵

El requisito fundamental para acceder a la interrupción era la voluntad de la mujer, siempre que el aborto se realizara dentro del primer trimestre de gestación y que, salvo en los supuestos terapéuticos, no se produjera más de una interrupción al año.

El principal objetivo de esta regulación era poner fin a los numerosos abortos clandestinos que se practicaban y que suponían un grave riesgo para la salud y la vida de las mujeres. El decreto permitía la realización de abortos en centros sanitarios públicos y prohibía expresamente su práctica en centros privados (Parejo Guzmán, 2024).

Con la intención de extender esta normativa al resto del país, la ministra de Sanidad y Asistencia Social de la República, Federica Montseny, trató de aprobar un decreto de ámbito estatal que regulase la IVE. Sin embargo, no logró el respaldo suficiente dentro del Gobierno. (Parejo Guzmán, 2024)

La dictadura franquista

Tras el final de la Guerra Civil y la instauración de la dictadura franquista, se produjo un cambio radical en la regulación del aborto. La Ley de 24 de enero de 1941, de la Jefatura del Estado, declaró ilegales todos los abortos realizados de forma intencionada. Esta norma establecía duras penas de prisión, multas e inhabilitaciones, que podían alcanzar

⁵ Artículo 2 del Decreto de la Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 25 de diciembre de 1936.

hasta los veinte años, tanto para la mujer como para quienes colaborasen en la interrupción del embarazo.

Además, durante este periodo también se castigó la utilización de métodos anticonceptivos y cualquier tipo de difusión o promoción de estos. A lo largo de la dictadura se llevaron a cabo diversas reformas del Código Penal que reforzaron este enfoque represivo, manteniéndose esta regulación hasta comienzos de la década de 1970.

La Transición

Con la muerte del dictador y el inicio de la Transición democrática, comenzaron a producirse los primeros avances en materia de derechos sexuales y reproductivos. En 1978 se despenalizó la fabricación, venta y distribución de métodos anticonceptivos mediante la Ley 45/1978, de 7 de octubre, que modificó el Código Penal.

Durante estos años se generalizó el denominado “turismo abortivo”, puesto que muchas mujeres que disponían de recursos económicos viajaban al extranjero para interrumpir voluntariamente su embarazo. Aquellas que no podían permitírselo, no tenían otra alternativa que recurrir a abortos clandestinos, asumiendo con ello graves riesgos para su salud e incluso su propia vida.

A pesar de los cambios normativos con la llegada de la democracia, la interrupción voluntaria del embarazo continuaba siendo delito a mediados de los años 80. Mantener una regulación estrictamente prohibitiva no impedía que la práctica del aborto siguiera produciéndose en la realidad. Las cifras de abortos clandestinos en España se situaban alrededor de los 300.000 casos, además de los realizados en el extranjero ante la imposibilidad de hacerlo legalmente en territorio español. Ante la evidencia de la escasa eficacia de la respuesta penal en este ámbito, cada vez más sectores doctrinales comenzaron a cuestionar el modelo vigente y a defender la necesidad de una reforma que permitiera el aborto provocado con el consentimiento de la mujer, al menos en determinados supuestos (Muñoz Conde, 2023).

Tras las elecciones de 1982, con la llegada al poder del primer gobierno socialista tras la Transición se aprueba, contando con una mayoría absoluta en el Congreso, la reforma del artículo 417 bis del Código Penal y con ella la no punibilidad del aborto en determinados supuestos: cuando existía un peligro para la vida de la mujer, en casos

de violación y cuando se preveía el nacimiento de un feto con graves patologías físicas o psíquicas.

La Ley Orgánica de reforma del artículo fue aprobada por 193 votos a favor, 56 en contra y 8 abstenciones. Cabe destacar el recurso previo de inconstitucionalidad, interpuesto por un grupo de 54 diputados encabezado por José María Ruíz Gallardón, alegando entre varios motivos, la peculiaridad de la relación de especial naturaleza entre una madre y el nasciturus y la incidencia de ideas, creencias y convicciones morales, culturales y sociales del tema.

El Tribunal Constitucional (TC) decidió declarar, en la Sentencia 53/1985, de 11 de abril (ECLI:ES:TC:1985:53), que “el Proyecto de Ley Orgánica por el que se introduce el artículo 417 bis del Código Penal es disconforme con la Constitución por incumplir en su regulación exigencias constitucionales derivadas del artículo 15 de la Constitución, que resulta por ello vulnerado, en los términos y con el alcance que se expresan en el fundamento jurídico 12 de la presente sentencia”

En particular, el Tribunal consideró insuficiente la regulación del aborto terapéutico y exigió una mayor concreción, especialmente en lo relativo a la realización de los abortos en centros públicos o privados acreditados (Parejo Guzmán, 2024).

Cabe recalcar que, tal y como afirma el magistrado Francisco Tomás y Valiente en su voto en la STC 53/1985, de 11 de abril (ECLI:ES:TC:1985:53), “el proyecto del artículo 417 bis no contiene ni una legalización ni tampoco una despenalización del aborto, sino la simple declaración de no punibilidad de determinadas conductas, manteniendo el tipo delictivo del artículo 411 del Código” lo que, a su juicio, planteaba serias dudas de constitucionalidad acreditados (Parejo Guzmán, 2024).

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

Atendiendo a las exigencias formuladas por el Tribunal Constitucional, el 27 de junio de 1985 se aprobó la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Esta ley despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres supuestos concretos: cuando existiera un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la mujer embarazada; cuando el embarazo fuera consecuencia de un delito de violación; y cuando se presumiera que el feto nacería con graves taras físicas o psíquicas.

La norma establecía, además, una serie de requisitos para poder llevar a cabo la interrupción, como el consentimiento expreso de la mujer y la necesidad de que el aborto fuera practicado por un médico o bajo su supervisión en centros sanitarios públicos o privados debidamente acreditados.

Fuera de estos supuestos, el aborto seguía siendo considerado un delito, ya que la ley no reconocía la interrupción por la mera voluntad de la mujer. En concreto, se contemplaban los siguientes casos:

1. Aborto terapéutico, cuando el embarazo supusiera un grave riesgo para la salud física o psíquica de la mujer, riesgo que debía ser acreditado por el especialista correspondiente. La ley no fijaba un límite temporal para este supuesto y permitía prescindir del consentimiento de la mujer y del dictamen previo en situaciones de riesgo vital inminente.
2. Aborto ético, aplicable a los embarazos derivados de una violación, siempre que esta hubiera sido denunciada previamente. El plazo máximo para este supuesto era de doce semanas de gestación.
3. Aborto eugenésico, cuando un dictamen médico previo, emitido por un facultativo distinto al que practicara el aborto, indicara que el feto podría nacer con graves taras físicas o psíquicas. En este caso, el límite temporal se situaba en la semana veinte de gestación.

Junto a esta ley, en 1985 se aprobó la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de julio de 1985 que regulaba los requisitos que debían cumplir los centros sanitarios autorizados para realizar abortos. Entre ellos destacaba la creación de una Comisión de Evaluación integrada por distintos profesionales sanitarios y sociales.

Esta orden terminó siendo derogada por el Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre (RCL 1986, 3539) con el objetivo de precisar y facilitar el cumplimiento de los requisitos legales y sanitarios exigibles en los supuestos previstos por la Ley.

Desde el punto de vista social, la despenalización de estos supuestos dio lugar a la proliferación de clínicas privadas especializadas en todo el territorio. Esto se debió en gran medida a que el sistema público de salud no asumió de forma efectiva la atención de estas intervenciones, por falta de recursos y por la falta de claridad normativa. Muchos de los profesionales que trabajaron en estas clínicas se habían formado previamente en el extranjero y continuaron practicando interrupciones voluntarias del

embarazo hasta la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

En el Pleno del Congreso de los Diputados celebrado el 17 de diciembre de 2009 se consigue aprobar la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley supuso un avance significativo en el reconocimiento de los derechos de las mujeres siendo por primera vez la IVE pasó a ser gratuita y a integrarse en la cartera de servicios del sistema público de salud. No solo regulaba una serie de condiciones en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, sino que presentaba garantías jurídicas y sanitarias a todo el mundo en igualdad de condiciones. En los objetivos buscados con la aprobación de esta Ley encontramos adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional, mediante la actualización de políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (Bosch Valero, 2023).

La aprobación de esta Ley Orgánica vino acompañada de debates que abandonan el terreno jurídico para discurrir por la ética o la moral. Así, el Partido Popular presentaba un recurso de inconstitucionalidad solicitando la declaración de nulidad e inconstitucionalidad de los preceptos impugnados, la tramitación preferente y sumaria del recurso y la suspensión de vigencia de los preceptos impugnados. Con la finalidad de manifestar su oposición a la norma, algunas Comunidades Autónomas decidieron no implementar los medios para garantizar la prestación en sus territorios (Bosch Valero, 2023).

Finalmente, el Tribunal Constitucional, mediante el Auto número 90/2010 de 14 de julio, deniega la suspensión de los artículos impugnados, dado que los “argumentos expuestos no logran desvirtuar la reiterada doctrina de este Tribunal sobre la imposibilidad de suspender la vigencia de los preceptos impugnados, sin que, en consecuencia, sea preciso analizar los razonamientos relativos a la existencia de *periculum in mora* y de *fumus boni iuris* que se contienen en la demanda”.

Ante la necesidad de desarrollar reglamentariamente las disposiciones contenidas en la Ley, el 26 de junio de 2010 se publicó el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, que regulaba el Comité Clínico previsto en el artículo 15.c de la Ley y concretaba

determinados aspectos relativos a la información que debía recibir una mujer antes de interrumpir voluntariamente su embarazo.

Al día siguiente se aprobó también el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, relativo a la garantía de la calidad asistencial. Su finalidad era asegurar la igualdad y la calidad en la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo, garantizando que todas las mujeres pudieran acceder a este servicio en condiciones de igualdad con independencia de su lugar de residencia. Asimismo, esta norma regulaba la acreditación de los centros sanitarios autorizados para practicar la IVE, así como los mecanismos de inspección y control relacionados con el tratamiento y la conservación de los datos personales y los plazos de adaptación y acreditación de los centros. Finalmente, el Real Decreto derogaba el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre.

En 2013, durante el Gobierno del Partido Popular, se presentó el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, impulsado por el entonces Ministro de Justicia, Alberto Ruiz-Gallardón. Este anteproyecto pretendía volver a un sistema de supuestos, mucho más restrictivo que el de 1985, configurando de nuevo el aborto como delito con carácter general.

La propuesta solo permitía la interrupción del embarazo en caso de violación, siempre que hubiera sido denunciada y dentro de las primeras doce semanas, y en casos de grave riesgo para la salud física o psíquica de la madre, hasta la semana veintidós. Respecto a las malformaciones fetales, únicamente se admitía el aborto cuando el embrión fuera inviable y ello generase un grave trastorno psicológico en la mujer. Además, se exigía el dictamen de hasta dos facultativos y el consentimiento paterno en todos los casos de menores de edad.

La fuerte oposición social, especialmente protagonizada por movimientos feministas y colectivos de mujeres, dio lugar a movilizaciones masivas que finalmente provocaron la retirada del anteproyecto y la dimisión del ministro que lo impulsó.

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

Una de las disposiciones más criticada de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, fue el apartado 4 del artículo 13 que establecía que, *en el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el*

consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas, de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. El único requisito era informar a uno de los representantes legales, siempre y cuando esta notificación no supusiera un conflicto grave, en el que la mujer pudiera verse afectada por amenazas, coacciones, violencia intrafamiliar, malos tratos o situación de desamparo.

Desde múltiples tribunas y medios de comunicación, se consideraba irresponsable que una menor de 16 o 17 años pudiera abortar, no ya sin el consentimiento del representante legal, sino incluso sin su conocimiento (Bosch Valero, 2023).

Esta posibilidad quedó suprimida con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. A partir de ese momento, para que una menor pudiera interrumpir voluntariamente su embarazo, ya no bastaba con su propia voluntad, sino que pasó a exigirse también el consentimiento expreso de quienes ejercieran la patria potestad.

La modificación obligó nuevamente a la reforma del artículo 9, apartado 5, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para volver a incluir IVE como excepción a la mayoría de edad sanitaria a los 16 años la IVE (Bosch Valero, 2023).

2.2. Definición de los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte del marco general de los derechos humanos de las mujeres y se refieren a su derecho a ejercer el control y decidir de forma libre y responsable sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia (Naciones Unidas, 1995; Bodelón González & Igareda González, 2019).

El derecho a la salud sexual y reproductiva puede entenderse desde una triple dimensión. En primer lugar, como parte del derecho a la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española (1978) y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), lo que implica que los poderes públicos deben organizar las prestaciones y servicios necesarios para su protección. Aunque en el ordenamiento español no tenga la consideración de derecho fundamental, sí constituye un principio rector de la política social y económica y se encuentra estrechamente conectado con otros derechos constitucionales, como la dignidad, la libertad, la integridad física y moral o el libre desarrollo de la personalidad (Bodelón González & Igareda González, 2019).

En segundo lugar, la salud sexual se refiere al bienestar físico, mental y social en todo lo relativo a la sexualidad, y exige un enfoque positivo y respetuoso de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de vivirlas de forma segura, libre de coacción, discriminación y violencia. Por último, la salud reproductiva alude a la capacidad de reproducirse y a la libertad para adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre la reproducción, lo que incluye también el acceso a información, bienes y servicios que permitan ejercer esa libertad en condiciones reales (Bodelón González & Igareda González, 2019).

Desde esta perspectiva, la salud sexual y reproductiva no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que comprende un conjunto de condiciones materiales, asistenciales y jurídicas necesarias para garantizar la autonomía de las personas en relación con su sexualidad y su reproducción (Bodelón González & Igareda González, 2019).

2.3. Regulación Actual: 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.

Después de un primer intento de derogar la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, los partidos que integraban el Gobierno de coalición alcanzaron finalmente un acuerdo para elaborar un nuevo anteproyecto. Tras su aprobación en el Congreso de los Diputados, el texto fue remitido al Senado, donde se incorporaron diversas enmiendas. Posteriormente, volvió al Congreso para su aprobación definitiva el 15 de febrero de 2023, entrando la norma en vigor el 2 de marzo de ese mismo año.

La reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, pone de manifiesto la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, relacionando la salud sexual y reproductiva de las mujeres con los derechos humanos, con el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de la discriminación, tal y como declara la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, e incorporando las recomendaciones realizadas al estado español por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Bosch Valero, 2023).

En el preámbulo de la Ley se justifica la modificación por los numerosos obstáculos a los que se han enfrentado las mujeres con anterioridad, y expone que, en España la mayoría de las IVE se han llevado a cabo en centros extrahospitalarios de carácter privado, lo que acentúa la limitada disponibilidad de este acceso dentro del sistema sanitario público. Se destaca la diferencia entre territorios frente al acceso a la IVE, pues existen territorios en los que no se ha producido ni una sola interrupción en centros de titularidad pública. Las comunidades autónomas de Extremadura, Ceuta y Melilla no registraron ninguna interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos en todo el año 2024 (Ministerio de Sanidad, 2025). Teniendo en cuenta esta disparidad existente entre diferentes regiones, la norma señala la necesidad de eliminar la diferencia de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, considerando la objeción de conciencia como uno de los obstáculos adicionales para el acceso efectivo a estos servicios.

Entre los factores que contribuyeron a estas dificultades se encuentra también la modificación introducida por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, que supuso una restricción relevante en los derechos de las menores de 16 y 17 años al exigir el consentimiento de sus representantes legales para poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Para eliminar este obstáculo, 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, elimina la necesidad del permiso de padre/madre/tutor/a legal para la IVE de menores de 16 y 17 años, así el período reflexión de 3 días y la entrega obligatoria de información social a la mujer que decide abortar.

El artículo 3, relativo a los principios rectores y al ámbito de aplicación de la norma, establece que los derechos reconocidos en la ley corresponden a todas las personas que se encuentren en territorio español. Esta previsión incluye tanto a las personas extranjeras, con independencia de que su situación administrativa sea regular o irregular, como a las personas trans con capacidad de gestar en lo que respecta al ejercicio de los derechos reproductivos.

En lo que respecta directamente a la interrupción voluntaria del embarazo, la reforma elimina dos de los requisitos que existían con anterioridad: el periodo obligatorio de reflexión de tres días y la obligación de informar a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad. Esta información únicamente se facilitará a petición de la mujer, sin constituir un requisito previo para poder acceder a la prestación.

No obstante, la norma sí mantiene el derecho de la mujer a recibir información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones legales para acceder a la prestación, los centros públicos y acreditados a los que puede acudir, así como los trámites y requisitos necesarios para su cobertura dentro del sistema sanitario público. Para el caso de IVE tras la semana 14 de gestación por causas médicas, también se le facilitará información sobre los procedimientos disponibles para que la mujer elija la opción que más se adecúe a sus circunstancias (Parejo Guzmán, 2024).

Tal y como establece el artículo 18 “las usuarias del Sistema Nacional de Salud deben poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de igualdad efectiva”. Este precepto ya lo incluía la redacción original de la norma. No obstante, la nueva regulación ordena que cuando las administraciones sanitarias de un determinado territorio no puedan ofrecer esta prestación, deberán derivar a las usuarias al centro o

servicio autorizado más cercano a su domicilio que pueda realizarla, garantizando en todo caso la accesibilidad, la calidad de la intervención y la seguridad de las pacientes.

En relación con esta garantía de acceso, el artículo 19.5 introduce la obligación de las autoridades competentes de las comunidades autónomas de asumir también los gastos derivados de la intervención, incluyendo aquellos que hayan sido sufragados por la mujer hasta el límite que determinen dichas administraciones. De este modo, el servicio público de salud puede optar por realizar la intervención directamente en centros de la red sanitaria pública, prestarla a través de entidades privadas colaboradoras o recurrir a fórmulas mixtas. En cualquier caso, corresponde a las administraciones sanitarias garantizar el acceso efectivo a la prestación, así como asumir los gastos que puedan generarse cuando la intervención no pueda realizarse en condiciones de proximidad al domicilio de la usuaria.

La reforma introduce cambios relevantes en el artículo 19 bis en relación con la objeción de conciencia. En particular, delimita este derecho al personal profesional sanitario directamente implicado en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, reafirma su carácter individual, reconoce la posibilidad de revocar la decisión en cualquier momento y exige que esta se manifieste por escrito y con antelación suficiente. Todo ello responde a la finalidad de permitir una adecuada organización de los servicios públicos sanitarios y de asegurar la disponibilidad del personal necesario para garantizar la prestación. Por su relevancia para la efectividad del acceso a la IVE dentro del sistema público de salud, la objeción de conciencia se analiza en mayor profundidad posteriormente en el presente trabajo.

Pese a que uno de los motivos fundamentales que justifican la reforma sea favorecer que la interrupción voluntaria del embarazo se lleve a cabo mayoritariamente en centros sanitarios de titularidad pública, la modificación normativa no incorpora ninguna disposición que asegure de manera expresa la prestación de este servicio en todos los centros públicos de salud, ni establece mecanismos que garanticen de forma efectiva su realización dentro del sistema sanitario público.

Esta regulación constituye el marco jurídico actual del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España. No obstante, como se analizará en los apartados siguientes, la efectividad de este derecho se ve condicionada por la organización del sistema sanitario y por la distribución competencial en materia de sanidad, lo que puede dar lugar a diferencias territoriales en su aplicación.

Cabe destacar, que en esta Ley, el aborto no se configura expresamente como un derecho, ni se define como parte de los derechos sexuales y reproductivos, sino que constituye una situación excepcional en la que los poderes públicos deben intervenir para garantizar que la decisión de la mujer pueda adoptarse y llevarse a cabo en condiciones de libertad, intimidad, integridad física y moral, y libre determinación (Bodelón González & Igareda González, 2019).

2.4. La doctrina del Tribunal Constitucional

La jurisprudencia constitucional ha desempeñado un papel esencial en la configuración del marco jurídico de la interrupción voluntaria del embarazo en España. Su importancia no reside solo en haber resuelto la constitucionalidad de las distintas reformas legislativas, sino también en precisar qué derechos e intereses están en juego en esta materia. Esta doctrina resulta especialmente relevante para este trabajo porque permite analizar la IVE no únicamente desde su regulación legal, sino también desde la perspectiva de su acceso efectivo y de las desigualdades territoriales que pueden producirse en su aplicación.

El punto de partida se encuentra en la STC 53/1985, de 11 de abril (ECLI:ES:TC:1985:53), en la que el Tribunal Constitucional declaró parcialmente inconstitucional la despenalización del aborto en España, estableciendo que el *nasciturus* (no nacido) es un bien jurídico protegido por el art. 15 de la Constitución, pero no titular del derecho a la vida. A partir de esta idea, el Tribunal consideró que la Constitución impone al Estado un deber de protección de la vida prenatal, pero no exige una penalización absoluta del aborto. Esta sentencia fue especialmente importante porque sentó la base para entender que la interrupción voluntaria del embarazo podía ser despenalizada en determinados supuestos. Por tanto, desde este momento la cuestión quedó planteada como un problema de ponderación entre la protección de la vida en formación y los derechos de la mujer.

Sin embargo, la evolución posterior de la doctrina constitucional muestra un cambio de enfoque. En un primer momento la atención se centró en la protección del concebido no nacido, pero las resoluciones más recientes han dado una mayor importancia a la posición jurídica de la mujer y a la necesidad de garantizar que el acceso a la prestación sea real y no meramente formal. En este sentido, la STC 44/2023, de 9 de mayo (ECLI:ES:TC:2023:44), resulta especialmente relevante, ya que desestima el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y avala el sistema de plazos. El Tribunal entiende que este modelo es compatible con la Constitución y considera que la decisión de interrumpir el embarazo se relaciona con el derecho de la mujer a la integridad física y moral, así como con su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. De esta forma, la interrupción voluntaria del embarazo deja de analizarse solo desde la perspectiva penal y pasa a situarse también en el terreno de los derechos fundamentales de la mujer.

Esta idea fundamental para este trabajo, porque permite sostener que no basta con que la ley reconozca la posibilidad de acceder a la IVE, sino que además es necesario que los poderes públicos garanticen las condiciones para que ese acceso sea realmente efectivo. En esta línea, la Nota Informativa 32/2023 del Tribunal Constitucional insiste en que los poderes públicos no solo deben respetar los derechos fundamentales, sino también adoptar medidas positivas para hacerlos efectivos, y añade que cualquier limitación de los derechos de las mujeres relacionada con el embarazo debe interpretarse del modo más favorable a su efectividad. Esta afirmación tiene una conexión directa con el problema de las desigualdades territoriales, ya que permite entender que las dificultades de acceso a la IVE en determinadas comunidades autónomas no son una cuestión puramente organizativa, sino que pueden afectar al ejercicio efectivo de derechos constitucionalmente protegidos.

En esta línea, con la STC 78/2023, de 3 de julio (ECLI:ES:TC:2023:78), el Tribunal consideró que la derivación de una mujer a una clínica privada situada fuera de su comunidad autónoma para interrumpir voluntariamente su embarazo tras detectarse graves anomalías fetales supuso una vulneración de su derecho a la integridad física y moral. Lo más relevante de esta resolución es que conecta directamente la práctica administrativa con una posible lesión de derechos fundamentales. Es decir, el problema ya no es solo que existan diferencias territoriales en la prestación del servicio, sino que esas diferencias pueden llegar a tener relevancia constitucional cuando obligan a la mujer a asumir cargas desproporcionadas para acceder a una prestación legalmente reconocida. Desde esta perspectiva, la sentencia refuerza claramente la idea de que el acceso a la IVE no puede depender en la práctica del territorio de residencia.

En conclusión, la doctrina del Tribunal Constitucional muestra una evolución clara en la forma de abordar la interrupción voluntaria del embarazo en España. Si en un primer momento el eje principal del análisis estaba en la protección del *nasciturus* y en la delimitación del margen del legislador para despenalizar ciertos supuestos, las resoluciones más recientes han desplazado la atención hacia la posición jurídica de la mujer y hacia la necesidad de garantizar un acceso efectivo a la prestación. En este sentido, el Tribunal no solo ha considerado constitucional el sistema de plazos, sino que lo vincula con el derecho fundamental de la mujer a la integridad física y moral (art. 15 CE), en conexión con su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE), lo que exige reconocerle un ámbito de libertad para decidir de forma autónoma y sin coacción sobre la continuación o no de la gestación. A ello se suma la idea, destacada por el propio Tribunal, de que los poderes públicos no se han de limitar a no interferir en

el ejercicio de estos derechos, sino que deben adoptar las medidas necesarias para hacerlos realmente efectivos. En esta misma línea, la STC 78/2023, de 3 de julio (ECLI:ES:TC:2023:78), señala que la relevancia constitucional de estos supuestos aparece cuando “se dificulte de manera relevante el acceso a la prestación sanitaria de la interrupción del embarazo o su práctica”. Desde esta perspectiva, puede sostenerse que las dificultades de acceso a la IVE en función del territorio no constituyen una cuestión meramente organizativa, sino que pueden adquirir relevancia constitucional cuando obstaculizan de forma efectiva el ejercicio de derechos constitucionalmente protegidos. Por ello, el análisis de las desigualdades territoriales en esta materia no solo encuentra apoyo en la normativa vigente, sino también en una interpretación constitucional que exige que el acceso a la prestación sea real, igual y efectivo en todo el territorio.

No obstante, conviene señalar que, aunque de la STC 44/2023, de 9 de mayo, (ECLI:ES:TC:2023:44) pueda desprenderse una mayor protección constitucional de la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo, eso no significa que la IVE pueda considerarse ya un derecho fundamental autónomo. A juicio de algunos los magistrados discrepantes en su voto particular, el Tribunal Constitucional excede del alcance y los límites de control de constitucionalidad que le corresponden al “reconocer un nuevo derecho fundamental reconocer un nuevo derecho fundamental, que identifica como «derecho de la mujer a la autodeterminación respecto de la interrupción del embarazo», anclado en el art. 15 CE del que se sigue el deber constitucional de los poderes públicos (singularmente, del legislador) de garantizar su efectividad, lo que no es sino un modo de afirmar el carácter prestacional de este nuevo derecho construido *ex novo* por la sentencia”. Desde esta perspectiva, la sentencia no se estaría limitando a declarar que la regulación legal es conforme con la Constitución, sino que estaría llevando a cabo una construcción dogmática que, en opinión de los magistrados discrepantes, supone configurar *ex novo* un derecho fundamental que no aparece expresamente reconocido en el texto constitucional. Por ello, aunque la STC 44/2023 representa un avance evidente en la protección constitucional de la autonomía de la mujer, sigue siendo posible sostener que, en sentido técnico, la interrupción voluntaria del embarazo no puede considerarse todavía un derecho fundamental autónomo en nuestro ordenamiento.

3. Distribución competencial en materia sanitaria y garantía del acceso a la IVE

3.1. El Estado autonómico y la competencia en materia de sanidad

El sistema sanitario español se articula sobre un modelo descentralizado recogido en la Constitución Española de 1978, en el que las competencias en materia de sanidad se distribuyen entre el Estado y las comunidades autónomas. Esta configuración permite una gestión más próxima a la ciudadanía y una mejor adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de cada territorio. No obstante, esta descentralización también ha generado importantes debates en torno a la cohesión territorial, la coordinación entre los distintos niveles de gobierno y, como trata de analizar el presente trabajo, la equidad en el acceso a las prestaciones.

El artículo 43 de la CE reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que “competen a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. Tal y como prevé el artículo 148.1.21 de la CE y los distintos estatutos de autonomía, las Comunidades Autónomas en España han asumido competencias plenas en la gestión, organización y administración de los servicios sanitarios y de salud pública dentro de su territorio. El Estado, por su parte, conforme al artículo 149.1.16ª de la CE, ostenta competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad, así como legislación sobre productos farmacéuticos.

Por lo tanto, el sistema sanitario español se basa en una distribución competencial mixta, cuyo fundamento jurídico se encuentra, en la propia Constitución de 1978, en los estatutos de autonomía, que concretan la asunción competencial de cada comunidad y, finalmente, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que desarrolla este marco constitucional, define las funciones del Estado y de las comunidades autónomas y configura los principios rectores del Sistema Nacional de Salud, entre ellos la universalidad, la equidad y la descentralización.

A este marco debe añadirse la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, especialmente relevante porque reconoce a todos los usuarios el derecho a acceder a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren.

La coordinación general de la sanidad por parte del Estado no supone una sustitución de las competencias autonómicas, sino la fijación de mecanismos de relación,

información recíproca, homogeneidad técnica y acción conjunta entre las distintas administraciones sanitarias, de forma que pueda preservarse la cohesión del sistema en conjunto. En consecuencia, la autonomía organizativa de las CCAA no puede interpretarse desvinculada del marco estatal común ni excluye la existencia de un mínimo de garantías compartidas. La descentralización sanitaria exige articular instrumentos que permitan compatibilizar esta diversidad organizativa territorial con la igualdad efectiva de la ciudadanía en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

3.2. La IVE como prestación sanitaria común del Sistema Nacional de Salud.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo en España está consolidada como una prestación sanitaria común del Sistema Nacional de Salud (SNS), garantizando que sea una práctica gratuita y accesible dentro de la red pública o en centros concertados (Ministerio de Sanidad, 2025). Esta afirmación resulta clave para este trabajo, ya que, una vez reconocida normativamente la posibilidad de acceder a la IVE en los supuestos y plazos legalmente previstos, la cuestión principal pasa a ser si el sistema público garantiza realmente esta prestación en condiciones de igualdad, accesibilidad y calidad.

En esta línea, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, no se limita a determinar los casos en los que la IVE es lícita, sino que incorpora una dimensión prestacional, al imponer a los poderes públicos deberes positivos de organización y garantía del acceso.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, define la cartera de servicios comunes del SNS como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, y establece que el acceso a estas prestaciones se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema”. Esta lógica prestacional es importante porque permite afirmar que la interrupción voluntaria del embarazo no es externa al sistema público sanitario, sino que, su efectividad debe quedar amparada por las mismas exigencias de garantía, accesibilidad y equidad que el resto de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

3.3. Objeción de conciencia del personal sanitario

En su redacción originaria, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconocía la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la práctica de la IVE, pero apenas desarrollaba las condiciones de ejercicio de ese derecho. La reforma posterior modifica de forma significativa este punto, al incorporar los artículos 19 bis y 19 ter, específicamente dedicados a su regulación. Esta mayor atención normativa parece responder, a la consideración de que la objeción de conciencia ha sido uno de los factores que más han incidido en el escaso número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en centros sanitarios públicos.

“El acceso no es igual en el sistema público porque hay muchos objetores de conciencia. Si en un ASSIR⁶ solo hay una ginecóloga ese día y es objetora, no lo hará, y la mujer tiene que desplazarse a otro ASSIR, con todo el estrés que eso genera. Esto no debería ser así; en teoría, al menos una persona debería no ser objetora, pero en la práctica no es así” (Persona 3, comunicación personal, 21 de abril de 2026).

El artículo 19 bis reconoce el derecho a la objeción de conciencia de las “personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo”, excluyendo la objeción colectiva al señalar que la objeción responde a una decisión individual. Así, no cabe en derecho que se declare objetor ni un concreto Hospital ni servicio de ginecología y obstetricia (Bosch Valero, 2023).

El segundo párrafo de este artículo determina que “el acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. A estos efectos, los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo”. Es decir, si en un determinado hospital se declaran objetores de conciencia todo el personal sanitario, es responsabilidad de la administración sanitaria adoptar el conjunto de medidas necesarias para que la IVE pueda practicarse en ese hospital.

⁶ Las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) son el servicio público de atención primaria y especializada en Cataluña dedicado a la salud sexual, reproductiva y afectiva.

Este derecho, queda limitado a la práctica de la IVE exclusivamente, así lo señala el artículo 19 bis, por lo que el objetor no estará exento de otras obligaciones como lo son la de dispensar los tratamientos y la atención médica adecuada a las mujeres que lo necesiten. La declaración deberá presentarse por escrito y con antelación, pudiendo ser revocada en cualquier momento y sin necesidad de exponer causas que justifiquen la decisión.

Uno de los temas que ha suscitado un mayor debate en torno a la interrupción voluntaria del embarazo y, en particular, en relación con la objeción de conciencia ha sido la obligación introducida por la reforma 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, de crear un Registro de personas objetoras de conciencia. Mediante este, se impone a cada Comunidad Autónoma la obligación de inscribir a los profesionales sanitarios que, por razones de conciencia, manifiesten su objeción respecto de su intervención directa en la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo.

La creación de este registro constituye una obligación legal derivada de la reforma introducida por 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, incorporada en el artículo 19 ter. Dicho precepto, como se ha tratado en el punto anterior, establece la obligatoriedad de presentar, en cada Comunidad Autónoma y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de un registro de profesionales sanitarios que decidan objetar por motivos de conciencia respecto de su intervención directa en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, con finalidad estrictamente organizativa. Posteriormente, esta previsión fue concretada por el protocolo específico acordado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 13 de diciembre de 2024, con el objetivo de homogeneizar la creación de los distintos registros y asegurar el respeto a la objeción de conciencia y la garantía del acceso a la prestación.

La constitucionalidad de este instrumento queda reforzada por la STC 92/2024, de 18 de junio (ECLI:ES:TC:2024:92) en la que el Tribunal Constitucional desestima el recurso de inconstitucionalidad contra 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, rechazando la idea de que el artículo 19 ter incurra en una discriminación contraria al artículo 14 de la Constitución Española, por el hecho de que la inscripción se limite a los profesionales objetores y no se extienda a todo el

personal sanitario. El Tribunal razona en el fundamento jurídico que “la situación jurídica en que se encuentran unos y otros no es en absoluto idéntica y ni siquiera puede considerarse equiparable y que para asegurar la correcta prestación de la interrupción voluntaria del embarazo, únicamente es indispensable conocer qué profesionales sanitarios de los directamente implicados en dicha intervención rechazan su realización por motivos de conciencia y, en consecuencia, habrán de quedar apartados de la misma, puesto que respecto del resto se ha de asumir que sí la llevarán a cabo, como parte de sus obligaciones profesionales, sin necesidad de recabar respecto de estos últimos ninguna declaración adicional” (FJ 8).

Del mismo modo, descarta que el precepto vulnere el derecho fundamental a la protección de datos personales, partiendo del carácter no absoluto de este, pues la STC 76/2019, de 22 de mayo, (ECLI:ES:TC:2019:76) establece que podría restringirse por medio de la ley, “siempre que ello responda a un fin de interés general, Y los requisitos y el alcance de la restricción estén suficientemente precisados en la ley y respeten el principio de proporcionalidad “(FJ 5d). El Tribunal entiende que la disposición adicional cuarta de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece con suficiente detalle el marco al que debe ajustarse el protocolo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 19 ter 3, considerando que la regulación legal cumple adecuadamente con la exigencia de predeterminación legal con suficiente nivel de precisión, previsibilidad y certeza.

Bosch Valero (2023) señala que, dado que el registro de personas objetoras no tiene carácter público y que la inscripción en él únicamente refleja el rechazo del profesional inscrito a intervenir directamente en la práctica de la IVE, pueden producirse situaciones en las que una mujer usuaria del sistema sanitario público sea atendida en un centro de salud, de planificación familiar o en un servicio de ginecología por un profesional objetor sin saberlo. Ello conlleva el riesgo de que la información que se le facilite no contemple la IVE como una opción, no sea suficiente o se transmita de manera poco objetiva. Desde esta perspectiva, el autor sostiene que, si la objeción de conciencia es lícita en los centros públicos, las usuarias deberían poder conocer las limitaciones que la objeción del profesional que las atiende puede suponer respecto del servicio que demandan.

3.4. Incumplimiento autonómico y garantía del acceso a la IVE: el caso de la Comunidad de Madrid

La oposición más visible a la creación del registro de personas objetoras procede de la Comunidad de Madrid. Mientras el resto de las comunidades autónomas han avanzado en la creación del registro, Madrid se ha mantenido con una oposición frontal, convirtiéndose en la única comunidad en no presentar el registro, argumentando que constituye una “lista negra” que estigmatiza a los profesionales sanitarios y vulnera su libertad de conciencia y derechos fundamentales (Rull, 2025).

Frente a esta posición, el Ministerio de Sanidad ha insistido en que no se trata de una medida facultativa ni de una simple discrepancia política, sino del cumplimiento de una obligación legal orientada a garantizar la organización del servicio y el acceso efectivo a la prestación. En enero de 2026 el Ministerio formalizó un recurso contencioso-administrativo contra la Comunidad de Madrid y anunció que emplearía “todas las herramientas jurídicas” disponibles para exigir el cumplimiento (Linde, 2026)⁷.

De acuerdo con la nota oficial difundida por el Poder Judicial, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, el pasado mes de marzo de 2026, acordó de forma cautelar que la comunidad iniciara de inmediato los trámites necesarios para la creación del registro⁸. Los magistrados del tribunal apreciaron que la falta de implantación de este instrumento afectaba al interés público, en la medida en que genera consecuencias negativas y graves para las mujeres que solicitan la prestación IVE, para los profesionales sanitarios y para la organización del propio Sistema Nacional de Salud.

La Comunidad de Madrid sostuvo que la prestación sanitaria de la IVE queda suficientemente garantizada mediante los mecanismos organizativos ya existentes en su sistema de salud, sin la necesidad de implantar el registro. Sin embargo, en cumplimiento de la medida cautelar acordada por la Sección Octava de la Sala de lo

⁷ Linde, P. (2025, octubre, 02) Madrid, Baleares, Aragón y Asturias incumplen la ley al no contar con registros de objetores del aborto. *El País*. *La creación de estas listas es un mandato de la ley de 2023 y Sanidad ha advertido a las comunidades que incumplan que tomará medidas*. <https://elpais.com/sociedad/2025-10-02/madrid-baleares-aragon-y-asturias-incumplen-la-ley-al-no-contar-con-registros-de-objetores-del-aborto.html>

⁸ Comunicación Poder Judicial. (2026, 9 de marzo). *La Justicia ordena iniciar los trámites para crear el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia en la Comunidad de Madrid*. Poder Judicial. <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/La-Justicia-ordena-iniciar-los-tramites-para-crear-el-registro-de-profesionales-sanitarios-objetores-de-conciencia-en-la-Comunidad-de-Madrid>

Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, la Comunidad de Madrid inicia finalmente el trámite para crear el registro de objetores de la IVE por orden judicial en abril de 2026 (Franco, 2026)⁹.

Esta rectificación no desvirtúa el hecho de que la resistencia previa a su implantación constituyó un incumplimiento de la obligación legal prevista en 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, ni altera tampoco la realidad material de la prestación, pues, como se analizará en el siguiente apartado, de acuerdo con los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, menos del 1 % de las interrupciones voluntarias del embarazo practicadas en la Comunidad de Madrid se realizaron en centros públicos.

⁹ Franco, L. (2026, abril, 02). La Comunidad de Madrid inicia el trámite para crear el registro de objetores del aborto por orden judicial. *El País*. El Gobierno de Ayuso pone en marcha el procedimiento tras la medida cautelar del TSJM que le obligó a cumplir con la ley de 2023. <https://elpais.com/espana/madrid/2026-04-02/la-comunidad-de-madrid-inicia-el-tramite-para-crear-el-registro-de-objetores-del-aborto-por-orden-judicial.html>

4. La desigualdad territorial en el acceso a la IVE: análisis comparado entre Catalunya y la Comunidad de Madrid

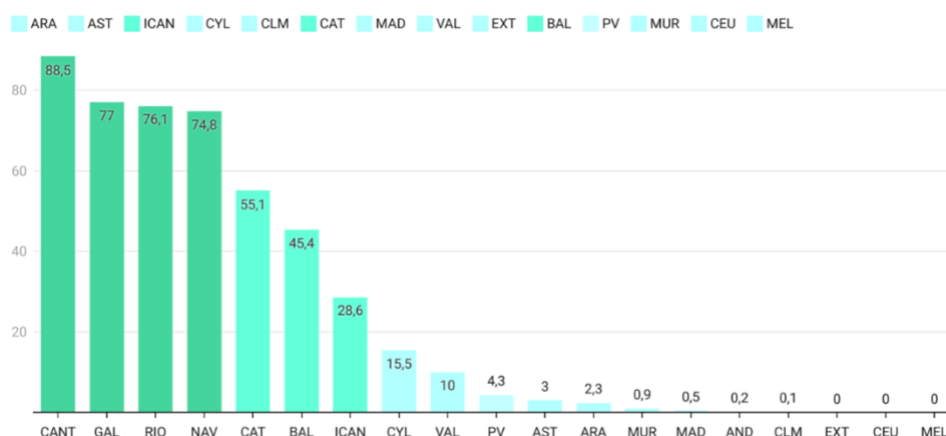
Tal y como ya se ha señalado a lo largo del presente trabajo, la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra regulada en la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, su aplicación efectiva corresponde en gran medida a los servicios sanitarios autonómicos, responsables de la organización, gestión y provisión concreta de la prestación. De ello se deriva que, aun existiendo regulación estatal común, puedan apreciarse diferencias relevantes entre comunidades autónomas en la forma de articular el acceso a la IVE.

En este sentido, el presente análisis trata de determinar qué factores explican las distintas formas de articulación del acceso a la IVE en cada territorio. Entre ellos se encuentran la organización del sistema sanitario, los circuitos asistenciales, la disponibilidad de recursos, la gestión de la objeción de conciencia y la voluntad institucional de integrar de forma efectiva la prestación en la red sanitaria pública. El objetivo final será valorar si el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se garantiza de forma equivalente para todas las mujeres dentro del Estado español o si, por el contrario, la diversidad territorial existente se traduce en desigualdades materiales relevantes desde la perspectiva de la efectividad real de la prestación y del principio de igualdad.

A efectos de contextualizar el análisis posterior, resulta útil ofrecer una visión general de la situación de las comunidades autónomas en 2024, primer año completo transcurrido tras la entrada en vigor 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. Como se observa en la siguiente figura, sigue existiendo una importante diversidad entre comunidades autónomas en el grado en que la IVE ha sido incorporada a la red sanitaria pública, lo que evidencia que una regulación estatal común no garantiza por sí sola un acceso homogéneo en todo el territorio.

Figura 1.

Porcentaje de IVE realizadas en centros públicos por comunidades autónomas (2024).



De: Ministerio de Sanidad. (2025). *Situación del aborto en la sanidad pública: Evolución y medidas para la accesibilidad.*

(<https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Infor071025125433270.pdf>)¹⁰

A partir de esta panorámica general, el análisis se centrará específicamente en Catalunya y la Comunidad de Madrid, por constituir dos casos especialmente significativos dentro del conjunto estatal.

Catalunya ha avanzado de manera relevante en la integración de la prestación en la red pública, pero sin haber eliminado por completo las diferencias territoriales, lo que permite examinar tanto los logros del modelo como sus insuficiencias. La Comunidad de Madrid, por su parte, no solo destaca por presentar uno de los porcentajes más reducidos de la realización pública de la prestación, sino también por concentrar un elevado volumen de IVE y por haber articulado un modelo en el que la red pública asume escasamente su provisión material, descansando en gran medida en centros privados acreditados.

Asimismo, la elección de ambas comunidades responde al peso demográfico e institucional que tienen dentro del conjunto del Estado, así como al contraste que presentan en la organización y en el grado de integración de la prestación dentro del

¹⁰ CANT: Cantabria; GAL: Galicia; RIO: La Rioja; NAV: Comunidad Foral de Navarra; CAT: Cataluña; BAL: Islas Baleares; ICAN: Canarias; CYL: Castilla y León; VAL: Comunidad Valenciana; PV: País Vasco; AST: Principado de Asturias; ARA: Aragón; MUR: Región de Murcia; MAD: Comunidad de Madrid; AND: Andalucía; CLM: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; CEU: Ceuta; MEL: Melilla. Fuente: Ministerio de Sanidad.

sistema sanitario público. A ello se añade que se encuentran gobernadas por partidos políticos distintos, circunstancia que permite incorporar la orientación política como un elemento más de análisis. En este contexto, la comparación entre ambas comunidades resulta especialmente útil para observar cómo interactúan factores organizativos, institucionales y, en cierta medida, políticos en la garantía práctica de la IVE.

4.1. Indicadores de acceso efectivo a la IVE

Para analizar comparativamente el acceso efectivo a la IVE entre dos comunidades autónomas, la cuestión es determinar si dicha prestación es realmente accesible en condiciones de igualdad. Para ello, el acceso efectivo se debe medir a partir de una serie de indicadores que permitan valorar el grado en el que la prestación ha sido incorporada de forma real en el sistema sanitario.

Un primer indicador es el número de IVE realizadas en centros públicos. Este dato permite distinguir entre comunidades en las que la prestación ha sido integrada materialmente en la red sanitaria autonómica y aquellas en las que se lleva a cabo casi exclusivamente en centros privados, aun existiendo financiación pública. El Ministerio de Sanidad ha convertido este elemento en uno de los ejes de su diagnóstico sobre desigualdades territoriales, al subrayar que la persistencia de porcentajes muy bajos de realización en centros públicos refleja una integración insuficiente de la IVE en parte del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2025).

Un segundo indicador es la existencia de circuitos asistenciales públicos claros, descentralizados y accesibles. La efectividad del acceso no depende únicamente del centro final en el que se realiza la intervención, sino también del itinerario previo que debe seguir la mujer, como es el punto de entrada, la información recibida, la derivación, tiempos de gestión y coordinación entre niveles asistenciales. Cuando el circuito se integra en los servicios ordinarios de salud sexual y reproductiva o en los dispositivos de referencia del sistema público, el acceso tiende a ser más próximo y menos estigmatizante.

Un tercer indicador es la disponibilidad territorial y la proximidad real del servicio. El acceso efectivo exige que la prestación pueda ejercerse en condiciones razonablemente equivalentes con independencia del lugar de residencia. La igualdad territorial no implica que todos los hospitales ofrezcan idénticas técnicas, pero sí que la organización sanitaria no imponga desplazamientos desproporcionados o una concentración del servicio incompatibles con un acceso equitativo.

Un cuarto indicador es la integración de los distintos métodos de IVE en la cartera ordinaria y la posibilidad de elección real entre ellos. No es irrelevante que la mujer pueda acceder de manera cercana a la IVE farmacológica en su dispositivo de referencia o que, por el contrario, deba ser derivada fuera del sistema ordinario para determinados procedimientos. Esta dimensión es importante porque la desigualdad no se produce solo cuando una mujer no puede acceder a la prestación, sino también cuando no puede hacerlo en condiciones equivalentes respecto del método o del circuito asistencial.

Por último, debe atenderse a las cargas indirectas o barreras materiales asociadas al acceso: desplazamiento, tiempos de espera, necesidad de intermediación burocrática o dependencia de la capacidad económica y clase social de la mujer. Tales cargas son especialmente relevantes desde la óptica de la igualdad material, pues afectan con mayor intensidad a las mujeres jóvenes, en situaciones más vulnerables, con responsabilidades de cuidados o residentes en zonas rurales.

4.2. El modelo de Catalunya de garantía del acceso a la IVE

En el caso de Cataluña, debe partirse de la base de que el propio Estatuto de Autonomía (2006) reconoce en el artículo 19, relativo a los derechos de las mujeres, lo siguiente:

1. Todas las mujeres tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad y capacidad personal, y a vivir con dignidad, seguridad y autonomía, libres de explotación, malos tratos y todo tipo de discriminación
2. Las mujeres tienen derecho a participar en condiciones de igualdad de oportunidades con los hombres en todos los ámbitos públicos y privados.

En Cataluña, el acceso ordinario a la prestación se articula a través de las unidades especializadas de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) vinculadas a la atención primaria, y de los Centres Joves d'Atenció a les Sexualitats (CJAS), donde debe programarse una visita preferente en el plazo inferior a una semana. En esa primera consulta, la profesional informa a la mujer sobre las distintas opciones disponibles en función de la edad gestacional, resuelve las dudas que puedan surgir y la deriva al dispositivo ASSIR o al centro autorizado correspondiente, donde será atendida por el especialista en ginecología (Generalitat de Catalunya, 2022).¹¹

“Los ASSIR ofrecen una atención integral: tienen en cuenta los antecedentes médicos, la situación psicosocial y posibles situaciones de vulnerabilidad. De hecho, pueden detectar riesgos como la violencia de género o la necesidad de apoyo psicológico o social, y orientar sobre anticoncepción tras el proceso”
(Persona 4, comunicación personal, 4 de mayo de 2026).

En gestaciones de menos de 9 semanas, la interrupción puede realizarse mediante aborto farmacológico en el domicilio, con la medicación facilitada por los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) o, en algunos casos, por el hospital. A partir de las 9 semanas, la intervención se realiza en un centro hospitalario. Por su parte, el aborto instrumental consiste en la evacuación uterina mediante técnicas quirúrgicas, siendo una intervención breve, segura y eficaz cuando se realiza en

¹¹ Generalitat de Catalunya. (2022). *Protocol per a l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya*. Departament d'Igualtat i Feminisme. <https://igualtat.gencat.cat/web/.content/Ambits/dones-eguitat/aprofundiment-garantia/PROTOCOL-ATENCIO-INTERRUPCIO-VOLUNTARIA-EMBARAS.pdf>

condiciones adecuadas y por profesionales especializados (Generalitat de Catalunya, s. f.)¹².

Las personas de 16 y 17 años pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de forma libre, sin necesidad de informar ni contar con el consentimiento de sus progenitores, mientras que en el caso de menores de 16 años se requiere la autorización expresa de su representante legal. Por otro lado, la falta de tarjeta sanitaria catalana no impide el acceso a la prestación, que sigue siendo legal y gratuita, aunque puede implicar la realización de trámites administrativos adicionales cuya gestión se adapta a las circunstancias concretas de cada caso (Vull Avortar, 2025).

La existencia de un protocolo autonómico específico y de recursos informativos accesibles dirigidos a las usuarias contribuye a una mayor claridad del procedimiento y a una menor dependencia de canales informales de información. De hecho, el propio acceso a información sobre la interrupción voluntaria del embarazo en Cataluña resulta sencillo y directo, pudiendo identificarse con facilidad los circuitos asistenciales y opciones disponibles a través de los recursos institucionales (Generalitat de Catalunya, s. f. ; Vull Avortar, 2025).¹³

“El protocolo pone mucho énfasis en que la clave es la coordinación entre dispositivos. Solo así se puede garantizar que tanto la IVE farmacológica como la quirúrgica sean realmente accesibles. Y es que, en la práctica, hay factores que pueden complicar este acceso y es necesario tenerlos en cuenta para que el derecho no se quede solo sobre el papel”. (Persona 4, comunicación personal, 4 de mayo de 2026).

¹² Generalitat de Catalunya. (s. f.). *Vull interrompre l'embaràs*. <https://web.gencat.cat/es/ciutadania/serveis/salut/vull-interrompre-embaras>

¹³ Associació de Drets Sexuals i Reproductius. (2025). *Vull avortar*. <https://vullavortar.org>

Tabla 1.

Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Cataluña (2015-2024).

	Número	%
2015	7253	39,25
2016	7827	42,20
2017	7827	41,97
2018	8987	45,60
2019	9594	46,22
2020	9246	48,76
2021	9682	51,66
2022	10769	51,80
2023	11509	54,35
2024	12000	55,14

De: Ministerio de Sanidad. (2025). Situación del aborto en la sanidad pública: Evolución y medidas para la accesibilidad.

<https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Infor071025125433270.pdf>

Los datos de esta tabla muestran una evolución relevante en la integración de la interrupción voluntaria del embarazo en la red pública. Ya en 2015 la comunidad se situaba por encima del 30 % de IVE realizadas en centros públicos, posicionándose entre las comunidades autónomas con mayor participación del sector público. Desde entonces, se ha producido un incremento aproximado de 16 puntos porcentuales, lo que sitúa a Cataluña en una posición intermedia dentro del conjunto estatal, aunque manteniendo un peso significativo de los proveedores públicos en la realización de la prestación (Ministerio de Sanidad, 2024).

Cataluña presenta una de las tasas más elevadas de interrupciones voluntarias del embarazo financiadas con fondos públicos, en gran parte gracias a la amplia implantación del método farmacológico a través de los centros ASSIR, lo que ha permitido integrar el aborto temprano en la atención primaria, reduciendo costes y evitando una medicalización innecesaria. No obstante, esta opción debe aplicarse teniendo en cuenta las circunstancias concretas de cada mujer, ya que no siempre resulta la alternativa más adecuada, especialmente en contextos de vulnerabilidad o

falta de intimidad. Asimismo, en gestaciones más avanzadas el método farmacológico puede implicar mayores niveles de dolor o complicaciones, lo que ha motivado la incorporación de mejoras en analgesia en los protocolos. En todo caso, resulta fundamental garantizar que la elección del método se realice de forma libre e informada, mediante el acceso a información clara, accesible y completa sobre las distintas opciones disponibles, evitando que la decisión quede condicionada por limitaciones estructurales del sistema (Lamas, 2025).¹⁴

“Aunque en Cataluña puedes hacer un aborto farmacológico a través de los centros de salud sexual y reproductiva prácticamente en todo el territorio, para un aborto instrumental o quirúrgico la mayoría de las veces hace falta una derivación. Y a menudo esa derivación es hacia clínicas de titularidad privada, aunque estén financiadas con fondos públicos, porque no está incorporado en la mayoría de los hospitales.” (Persona 1, comunicación personal, 10 de abril de 2026).

El Ministerio de Sanidad (2025)¹⁵ señala que las interrupciones voluntarias del embarazo en edades gestacionales avanzadas presentan una especial relevancia desde el punto de vista clínico y asistencial, al estar generalmente asociadas a diagnósticos graves del feto y requerir la intervención de comités clínicos y atención hospitalaria especializada. En este contexto, se considera prioritario que estos supuestos se realicen dentro del sistema sanitario público, especialmente cuando el embarazo ha sido seguido previamente en dicho sistema, con el fin de evitar derivaciones a centros privados en fases avanzadas. En línea con este criterio, Cataluña se sitúa entre las comunidades autónomas que han integrado este tipo de intervenciones en la red pública, en un contexto general en el que más del 50 % de las IVE ya se realizan en centros públicos (Ministerio de Sanidad, 2024).

No obstante, la principal debilidad del modelo catalán se encuentra en la desigualdad territorial interna. Aunque la prestación farmacológica presenta una implantación amplia, la cobertura no es plenamente homogénea en todo el territorio.

¹⁴ Lamas, S. (2025). *El aborto en España: barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo*. Instituto de las Mujeres. <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/InformeElAbortoEnEspana.pdf>

¹⁵ Ministerio de Sanidad. (2025). *Situación del aborto en la sanidad pública: Evolución y medidas para la accesibilidad*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Infor071025125433270.pdf>

“En Cataluña no es efectivo en igualdad de condiciones para las mujeres que viven en Barcelona o en el área metropolitana respecto de las mujeres que viven en territorios o zonas más marginales, como el Pirineo, Lleida, la Cataluña Central o las Tierras del Ebro” (Persona 1, comunicación personal, 10 de abril de 2026).

En determinadas zonas rurales o alejadas de los grandes núcleos urbanos, como el Pirineo, la provincia de Lleida o las Terres del Ebre, el acceso efectivo a la IVE, especialmente en su modalidad quirúrgica, puede requerir desplazamientos de larga distancia, en algunos casos superiores a los 100 o 200 kilómetros. Esta situación se ve agravada por la concentración de servicios en áreas urbanas, la limitada oferta de determinados procedimientos en centros periféricos y factores como la objeción de conciencia o la falta de recursos especializados, lo que puede generar dificultades adicionales, especialmente para mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad (Abril Giménez Gil, 2024).

“No todas las mujeres pueden acceder igual que accedemos las mujeres que vivimos en el área metropolitana a las diferentes opciones para interrumpir voluntariamente el embarazo.” (Persona 2, comunicación personal, 7 de abril de 2026)

Ello pone de manifiesto que la integración formal de la prestación no elimina automáticamente las diferencias derivadas de la distribución geográfica de recursos sanitarios.

En relación con las barreras indirectas o cargas materiales, debe tenerse en cuenta que, pese a la financiación pública de la prestación, la IVE no se realiza de forma efectiva en todos los hospitales públicos de referencia. Esta situación obliga en muchos casos a derivaciones a centros privados, lo que produce desplazamientos adicionales, tiempos de espera y una mayor complejidad en el acceso. Un caso ilustrativo es el del Hospital de Sant Pau, donde no se practican Interrupciones Voluntarias del Embarazo desde 2012. Esta situación responde a factores institucionales vinculados a la influencia de su patronato de carácter religioso, que ha condicionado históricamente la no prestación del servicio, pese a su inclusión en la cartera pública. Esta situación ha empezado a corregirse parcialmente mediante la derivación a otros dispositivos públicos, como el

Hospital Dos de Maig, donde recientemente se ha comenzado a asumir la práctica de abortos quirúrgicos para dar cobertura a esta carencia estructural (El País, 2025)¹⁶.

“Es intolerable que en un hospital público no se realicen abortos. Aunque muchos ginecólogos querrían hacerlo, es el patronato religioso quien lo impide” (Persona 3, comunicación personal, 21 de abril de 2026).

El caso de Cataluña muestra que la IVE se puede incorporar de forma sólida en la red sanitaria pública cuando existe una planificación específica, un acceso claro y una voluntad institucional orientada a tratar la IVE como lo que es, una prestación sanitaria ordinaria y no como un servicio excepcional. No obstante, este avance no elimina por completo las desigualdades internas. La principal debilidad del modelo es la distribución territorial de los recursos y en la insuficiente implantación del método instrumental en hospitales públicos de referencia, lo que obliga todavía a derivaciones, desplazamientos y cargas añadidas para determinadas mujeres.

“Para que el acceso a la IVE sea real y no solo teórico, hacen falta recursos, y sobre todo personas preparadas. Hablamos de llevadoras, ginecólogos y ginecólogas, enfermeras, personal administrativo... pero también de profesionales de trabajo social y de apoyo psicológico cuando la situación lo requiere. Y es que, como ya prevé el protocolo, no se trata solo de atender una demanda clínica, sino de saber detectar momentos de vulnerabilidad, ambivalencias emocionales, miedo, angustia o incluso situaciones de violencia machista. Cuando esto ocurre, es clave poder ofrecer acompañamiento y derivar a los recursos adecuados”. (Persona 4, comunicación personal, 4 de mayo de 2026).

En definitiva, Cataluña ofrece un modelo más integrado accesible y próximo que otros territorios, pero todavía no es plenamente homogéneo ni desvinculado del rodo de barreras territoriales, organizativas e institucionales que siguen condicionando la efectividad real del acceso a la prestación.

¹⁶ El País. (2025, noviembre 10). *El Hospital Sant Pau practicará abortos quirúrgicos en el Dos de Maig a partir de este mes.* <https://elpais.com/espana/catalunya/2025-11-10/el-hospital-sant-pau-practicara-abortos-quirurgicos-en-el-dos-de-maig-a-partir-de-este-mes.html>

4.3. El modelo de la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid, la organización del acceso a la IVE presenta una configuración distinta, caracterizada por una menor integración de la prestación en la red sanitaria pública y una mayor dependencia de centros privados acreditados. Aunque la financiación es pública, la realización recae mayoritariamente de estos centros, condicionando el circuito asistencial y la experiencia de las usuarias.

La puerta de entrada del circuito asistencial no se sitúa prioritariamente en la red sanitaria pública, sino en las propias clínicas acreditadas. La persona solicitante debe contactar directamente con una de estas clínicas, donde recibe la información inicial sobre el procedimiento y es posteriormente derivada a la Unidad de Interrupción Voluntaria del Embarazo de la Comunidad de Madrid para tramitar la financiación pública. Una vez obtenida esta autorización, se concierta una segunda cita en la clínica para iniciar el procedimiento, ya sea mediante método farmacológico o instrumental, pudiendo requerirse una tercera visita de seguimiento en el caso del aborto farmacológico.

Aunque la concentración de clínicas en Madrid podría hacer pensar que el acceso es más próximo, en la práctica esa cercanía queda bastante desdibujada por la existencia de un paso administrativo añadido: la Unidad de la IVE de Sagasta. Este dispositivo actúa como un filtro previo que obliga a las mujeres a pasar por un trámite más antes de poder acceder a la intervención. Esto no solo alarga el recorrido, sino que también expone de forma significativa a la mujer en un proceso que debería desarrollarse con confidencialidad (Lamas, 2025). La Unidad de Sagasta acaba reforzando la sensación de que la IVE es una prestación sometida a un control administrativo excepcional, lo que contribuye a hacer el proceso más frío, más expuesto y, en algunos casos, más estigmatizante.

“Las mujeres tienen que pasar por demasiadas fases: centro de salud, después oficina para conseguir el papel, después clínica. Son demasiadas paradas.”
(Persona 1, comunicación personal, 10 de abril de 2026)

En relación con los métodos disponibles, tanto el farmacológico como el instrumental están formalmente accesibles en la Comunidad de Madrid. El método farmacológico puede realizarse hasta la semana 7 de gestación, mientras que el instrumental se extiende con carácter general hasta la semana 22. Entre la semana 14 y la 22 pueden surgir dificultades adicionales, como la necesidad de informes médicos específicos, lo

que introduce diferencias en el acceso efectivo en función del momento gestacional (Quiero Abortar, 2025).

Las personas menores de 16 años necesitan la autorización expresa de su madre, padre o tutor legal para poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. En los casos en los que no se disponga de tarjeta sanitaria, existen distintas vías para garantizar la gratuidad, como la obtención del documento de asistencia sanitaria para personas extranjeras (DASE) tras acreditar un periodo mínimo de residencia, la solicitud de protección internacional (DASPI) o la emisión de un informe por parte de servicios sociales que justifique la situación de la persona. Estos mecanismos requieren la realización de trámites adicionales, generalmente a través de unidades administrativas o centros de atención primaria, lo que puede suponer una carga añadida en el acceso a la prestación (Quiero Abortar, 2025).

A diferencia de otras comunidades autónomas que han desarrollado protocolos propios para organizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, como es el caso de Cataluña, la Comunidad de Madrid no cuenta con un marco autonómico específico que detalle los circuitos asistenciales, los criterios clínicos o los procedimientos aplicables. En la práctica, la regulación del proceso se basa fundamentalmente en 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 y en las guías generales del Sistema Nacional de Salud¹⁷. De hecho, la propia Consejería de Sanidad no ha publicado hasta la fecha un documento autonómico que ordene de forma clara aspectos como las derivaciones, los tiempos de atención o el seguimiento clínico. Esto hace que no exista una guía pública de referencia para profesionales y usuarias más allá de la legislación estatal y de los acuerdos con clínicas privadas acreditadas, lo que pone de manifiesto una cierta falta de desarrollo organizativo. Además, la incorporación de las reformas introducidas por 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 se ha llevado a cabo principalmente a través de instrucciones administrativas, sin traducirse en herramientas

¹⁷ Ministerio de Sanidad. (2022). *Guía común del Sistema Nacional de Salud sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) farmacológica*.
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/quialveFarmacologica.htm>

prácticas que faciliten su aplicación homogénea dentro del sistema sanitario (Lamas, 2025).

Tabla 2.
Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Comunidad de Madrid (2015-2024).

	Número	%
2015	7	0,04
2016	9	0,06
2017	6	0,04
2018	4	0,02
2019	4	0,02
2020	3	0,02
2021	2	0,01
2022	61	0,37
2023	71	0,40
2024	86	0,47

De: Ministerio de Sanidad. (2025). Situación del aborto en la sanidad pública: Evolución y medidas para la accesibilidad.
<https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Infor071025125433270.pdf>

Los datos de esta tabla evidencian el carácter estructural del modelo madrileño. A lo largo del periodo 2015-2024, el porcentaje de IVE realizadas en centros públicos se ha mantenido por debajo de un 1%. Aunque a partir de 2022 se aprecia un ligero incremento, este no altera la tendencia general ni permite hablar de una integración real de la prestación. Niveles tan bajos no pueden explicarse únicamente por factores técnicos u organizativos, sino que responden también a la ausencia de una política autonómica orientada a la incorporación efectiva de la IVE en el sistema público.

“Lo político es tremendamente importante. En el caso de Madrid, concretamente, me atrevería a decir que la voluntad y la obstaculización política son determinantes.” (Persona 1, comunicación personal, 10 de abril de 2026)

Esta situación resulta significativa si se pone en relación con el conjunto estatal, si comunidades como Madrid alcanzaran niveles de realización en centros públicos cercanos al 50%, el porcentaje nacional se situaría en torno del 40% (Ministerio de Sanidad, 2024).

El presente análisis permite apreciar un modelo caracterizado por la escasa integración de la prestación en la red sanitaria pública y por su fuerte dependencia de las clínicas privadas acreditadas. Aunque la financiación sea pública y el acceso exista formalmente, la organización del circuito muestra que la IVE continúa tratándose como una prestación separada del itinerario sanitario ordinario, sujeta a filtros administrativos trámites burocráticos y a una externalización estructural.

En consecuencia, puede concluirse que el modelo madrileño garantiza el acceso de manera formal, pero lo hace a través de un circuito más fragmentado, más burocrático y menos integrado en el sistema público, lo que debilita la accesibilidad real de la prestación y acentúa sus cargas materiales y simbólicas.

5. Conclusiones

A partir del estudio del marco normativo estatal, de la doctrina constitucional, de la organización competencial del sistema sanitario y del análisis de la gestión de la Comunidad de Madrid y la Generalitat de Cataluña, puede sostenerse que la existencia de una regulación estatal no garantiza por si sola un ejercicio homogéneo de esta prestación en todo el territorio.

La primera pregunta de la investigación planteaba si existen diferencias significativas en el acceso a la IVE entre distintas comunidades autónomas. A vista del análisis realizado, la respuesta es afirmativa. Las diferencias observadas entre las dos comunidades examinadas constituyen elementos centrales de acceso, como la puerta de entrada al sistema, la existencia o no de circuitos asistenciales claros, la realización de la prestación en centros públicos o su externalización a clínicas privadas, la proximidad territorial y las cargas materiales y burocráticas que deben asumir las mujeres para acceder a la IVE. Estas diferencias no solo se producen entre distintas comunidades autónomas, sino que también pueden apreciarse dentro de una misma, donde las áreas más urbanizadas cuentan con una red sanitaria pública más próxima y accesible que los territorios periféricos o rurales. Aunque este trabajo se ha centrado especialmente en dos comunidades autónomas, los datos estatales permiten afirmar que la diversidad territorial es mucho más amplia y que, en la práctica, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo sigue dependiendo en gran medida del lugar de residencia (Lamas, 2025; Ministerio de Sanidad, 2025).

Los factores que explican estas diferencias no obedecen únicamente a razones técnicas o sanitarias. La organización de los servicios, la disponibilidad de profesionales, la existencia de protocolos o la articulación de los servicios asistenciales son elementos decisivos. Sin embargo, detrás de estas decisiones organizativas se aprecia un factor político e ideológico determinante. La comparación entre Cataluña y Madrid refleja la diferencia entre la voluntad institucional de integrar la IVE como una prestación sanitaria ordinaria de un gobierno y otro. Mientras la Generalitat de Cataluña ha desarrollado un protocolo específico, ha configurado puntos de accesos claros y ha organizado de forma más efectiva la red asistencial, incrementando progresivamente la realización en centros públicos, en la Comunidad de Madrid se observa una tendencia opuesta, marcada por la resistencia a implantar instrumentos como el registro de objetores, por la externalización de la prestación a clínicas privadas y por la persistencia de un modelo más burocratizado con trámites administrativos adicionales que alejan la IVE del circuito sanitario público ordinario. En este sentido, la orientación ideológica de los gobiernos

autonómicos no aparece como un elemento ajeno al sistema, sino como un factor que influye directamente en la efectividad real del acceso.

La gestión de la objeción de conciencia constituye otro eje central del problema. Se trata de un derecho individual reconocido a los profesionales directamente implicados en la práctica de la IVE y, por lo tanto, su existencia debe asumirse como parte del marco legal vigente. Sin embargo, corresponde a las administraciones públicas organizar los servicios de modo que este derecho no se traduzca en un obstáculo para las mujeres. Cuando la objeción de conciencia obliga a reagendar la intervención, a desplazarse a otro centro o a asumir tiempos de espera innecesarios, deja de ser un problema meramente individual para convertirse en una cuestión de organización sanitaria y de responsabilidad institucional. La Ley es clara al establecer que el acceso y la calidad asistencial no pueden verse afectados por su ejercicio¹⁸. El problema no reside en el reconocimiento del derecho a objetar, sino en la falta de planificación suficiente para neutralizar sus efectos sobre la prestación. Precisamente por ello resulta muy relevante la medida introducida por 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, obligando a las Comunidades Autónomas a presentar un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia. Lejos de constituir una “lista negra de médicos” para perseguir y señalar al personal sanitario, como señaló la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso (Borraz, 2025)¹⁹, el registro tiene la finalidad de planificar adecuadamente los recursos humanos y garantizar que la prestación pueda realizarse de forma efectiva. En esta línea, el Tribunal Constitucional ha descartado que esta previsión vulnere el derecho fundamental a la protección de datos personales, al considerar que la limitación

¹⁸ Artículo 19 bis. 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.

¹⁹ Borraz, M. (2025, octubre, 19). No, no es una “lista negra” aunque lo diga Ayuso: los bulos sobre el registro de objetores al aborto que lanza la derecha. *elDiario.es*. Los populares han puesto sobre la mesa falsedades y medias verdades para atacar la medida que ahora la presidenta madrileña se abre a poner en marcha, entre ellas que estigmatiza a los médicos, vulnera su libertad de conciencia o no es confidencial. https://www.eldiario.es/sociedad/no-no-lista-negra-diga-ayuso-bulos-registro-objetores-aborto-lanza-derecha_1_12688916.html

responde a un fin de interés general y que la regulación legal cumple con las exigencias de precisión, previsibilidad y proporcionalidad²⁰.

La realización de interrupciones voluntarias del embarazo mediante derivación o concertación con centros privados no se traduce, por sí sola, en una garantía plena del acceso. Es cierto que las clínicas privadas acreditadas han desempeñado históricamente un papel importante en la prestación del servicio, especialmente cuando el sistema público no lo asumía de forma suficiente. Sin embargo, la integración de la prestación en centros públicos sigue siendo esencial, no solo porque contribuye a normalizar su consideración como parte de la cartera ordinaria del sistema sanitario, sino también porque facilita el seguimiento clínico y permite un acceso más cercano. Es por ello por lo que cuando el acceso efectivo depende del lugar de residencia, de la necesidad de desplazarse o de la capacidad de afrontar mayores cargas materiales y organizativas, la igualdad que establece el artículo 19.1²¹ 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, deja de ser real.

Las desigualdades territoriales pueden proyectarse directamente sobre el principio de igualdad. El artículo 14 CE establece que “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”

El artículo 9.2 CE, por su parte, establece que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. Cuando el acceso a una prestación legalmente reconocida depende en la práctica de vivir en una gran ciudad o en una zona rural, de no estar sometida a cargas de cuidado o de no encontrarse en situación administrativa irregular, la igualdad deja de ser real. Y cuando esas barreras no se corrigen mediante una acción

²⁰ STC 92/2024, de 18 de junio (ECLI:ES:TC:2024:92)

²¹ Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación sanitaria pública.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos de esta prestación que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres igual acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

pública suficiente, puede sostenerse que los poderes públicos no están actuando conforme lo establecido en la Constitución.

La hipótesis principal del trabajo queda confirmada: pese a que el acceso a la IVE está reconocido y protegido por la legislación estatal, su aplicación práctica varía significativamente entre comunidades autónomas, generando desigualdades territoriales que comprometen la igualdad material y la efectividad real del acceso. También queda confirmada la hipótesis secundaria: esas desigualdades responden, en gran medida, a diferencias en la gestión sanitaria autonómica, a la objeción de conciencia del personal médico y a la orientación ideológica de los gobiernos autonómicos.

Como reflexión final, puede sostenerse que la verdadera cuestión ya no es si la interrupción voluntaria del embarazo está reconocida en nuestro ordenamiento, sino si ese reconocimiento se traduce en una prestación pública realmente accesible para todas las mujeres. Una garantía cuya efectividad depende de la comunidad autónoma en la que se reside, del hospital de referencia o de la capacidad económica de quien lo ejerce, se reconoce de forma incompleta. La IVE no puede seguir tratándose como una prestación excepcional, tolerada pero desplazada fuera del circuito sanitario ordinario. Si forma parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, debe garantizarse como tal: con proximidad, con información, con respeto, con seguridad y sin cargas desproporcionadas. En definitiva, la igualdad en esta materia no exige impedir que se practiquen abortos en centros privados, pero sí exige que el sistema público asuma de forma real y suficiente una prestación que afecta de manera directa a la autonomía, la salud y la dignidad de las mujeres. Solo así podrá hablarse de un acceso verdaderamente libre, igual y efectivo.

6. Bibliografía

Libros, artículos doctrinales y trabajos de investigación

- Arrebola, P. (2023). *Evolución de la ley del aborto en España e implicaciones constitucionales*. *Esade Law Review: De lege ferenda*, <https://www.esadelawreview.com/evolucion-de-la-ley-del-aborto-en-espana-e-implicaciones-constitucionales/>
- Bodelón, E., & Igareda, N. (2019). *El estado de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos en Catalunya y su relación con las políticas públicas catalanas*. Creación Positiva y L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius. https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2019/232633/Informe_Antigona_2030feminista_ES.pdf
- Bosch Valero, J. A. (2023). *El aborto en España: Guía jurídica práctica de la interrupción voluntaria del embarazo* (1ª ed.). Editorial Aranzadi.
- Contreras Medina, N. A., Perruca Marzo, M. F., Nachat Khabzi, R., Sanz Martínez, J., Silva Rincón, C. A., & Bonet Jiménez, M. I. (2025). *Competencias de sanidad en España: distribución, descentralización y desafíos actuales*. Ocronos.
- Giménez Gil, A. (2025). *Barreres en l'accés a l'avortament a Catalunya* [Treball de Final de Grau, Universitat Autònoma de Barcelona]. Dipòsit digital de documents de la UAB. https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2024/tfg_7540108/Treball_de_Final_de_Grau_Abril_Gimenez_Gil.pdf
- Parejo Guzmán, M.J. (2024). *La objeción de conciencia al aborto y el sistema público de salud*. ANUARIO DE DERECHO ECLESIASTICO DEL ESTADO . pp. 121-154. https://doi.org/10.55104/ADEE_00021
- Rodríguez Ruiz, B. (2012). *Género en el discurso constitucional del aborto*. *Revista de Estudios Políticos*, (156), 49–83. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9048939.pdf>

Informes, protocolos y documentos institucionales

Comunicación Poder Judicial. (2026, 9 de marzo). *La Justicia ordena iniciar los trámites para crear el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia en la Comunidad de Madrid*. Poder Judicial. <https://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/La-Justicia-ordena-iniciar-los-tramites-para-crear-el-registro-de-profesionales-sanitarios-objetores-de-conciencia-en-la-Comunidad-de-Madrid>

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2022). *Protocol per a l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya*. <https://igualtat.gencat.cat/web/.content/Ambits/dones-equitat/aprofundiment-garantia/PROTOCOL-ATENCIO-INTERRUPCIO-VOLUNTARIA-EMBARAS.pdf>

Generalitat de Catalunya. (s. f.). *Vull interrompre l'embaràs*. <https://web.gencat.cat/es/ciudadania/serveis/salut/vull-interrompre-embaras>

La Moncloa. (2026, abril, 07). El Gobierno aprueba el proyecto de reforma constitucional para blindar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. *La Moncloa*. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/paginas/2026/070426-rueda-de-prensa-ministros.aspx>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Guía común del Sistema Nacional de Salud sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) farmacológica*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guiaIveFarmacologica.htm>

Ministerio de Sanidad. (2024, 16 de mayo). *El Gobierno aprueba el protocolo para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en la sanidad pública* [Nota de prensa]. <https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6764>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia establecido en 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*. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/docs/Protocolo_Registro_Objetoires_IVE._Diciembre_2024.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025). *Situación del aborto en la sanidad pública: Evolución y medidas para la accesibilidad*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Infor071025125433270.pdf>

Fuentes periodísticas

Alberca Lamas, J. (2026, marzo, 09). El TSJM ordena a la Comunidad de Madrid «iniciar de inmediato» la puesta en marcha del registro de objetores del aborto. *Gaceta Médica. La resolución judicial llega tras la solicitud de medida cautelar planteada por el Ministerio de Sanidad ante el máximo órgano de la Justicia madrileña*. <https://gacetamedica.com/politica/tsjm-comunidad-madrid-iniciar-puesta-marcha-registro-objetores-aborto/>

Borraz, M. (2025, 19 de octubre). No, no es una “lista negra de objetores” aunque lo diga Ayuso: los bulos sobre el registro de objetores al aborto que lanza la derecha. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/sociedad/no-no-lista-negra-diga-ayuso-bulos-registro-objetores-aborto-lanza-derecha_1_12688916.html

Demócrata. (s.f.). Vox en el Congreso se opone a la financiación pública del aborto y aboga por invertir en la vida. *Demócrata* <https://www.democrata.es/sanidad/vox-congreso-opone-financiacion-publica-aborto-aboga-invertir-vida/>

El País (2025, octubre, 14). Este es el texto acordado por PSOE y Sumar para blindar el derecho al aborto en la Constitución. *El País. La fórmula para reformar el artículo 43 ha sido pactada antes del Consejo de Ministros de este martes*. <https://elpais.com/espana/2025-10-14/este-es-el-texto-acordado-por-psoe-y-sumar-para-blindar-el-derecho-al-aborto-en-la-constitucion.html>

El País. (2025, noviembre 10). *El Hospital Sant Pau practicará abortos quirúrgicos en el Dos de Maig a partir de este mes*. El País: *El centro sanitario había dejado de realizar esa intervención en 2012 por motivos religiosos*. <https://elpais.com/espana/catalunya/2025-11-10/el-hospital-sant-pau-practicara-abortos-quirurgicos-en-el-dos-de-maig-a-partir-de-este-mes.html>

Linde, P. (2025, octubre, 02) Madrid, Baleares, Aragón y Asturias incumplen la ley al no contar con registros de objetores del aborto. *El País. La creación de estas listas es un mandato de la ley de 2023 y Sanidad ha advertido a las comunidades que*

incumplan que tomará medidas. <https://elpais.com/sociedad/2025-10-02/madrid-baleares-aragon-y-asturias-incumplen-la-ley-al-no-contar-con-registros-de-objetores-del-aborto.html>

Linde, P. (2026, 16 de enero). *Sanidad lleva a la justicia a Ayuso por no tener registro de objetores del aborto.* El País. <https://elpais.com/sociedad/2026-01-16/sanidad-denuncia-al-gobierno-de-ayuso-por-no-tener-registro-de-objetores-del-aborto.html>

Martín, P. (2025, octubre, 07) Andalucía, Extremadura y Madrid apenas realizan abortos en la sanidad pública, frente a Cantabria o Galicia, que realizan más de 70%. *El Periódico*. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20251007/aborto-autonomias-madrid-ayuso-registro-sanidad-122363554>

Ortega, E. (2025, octubre, 3). El Gobierno propone blindar el derecho al aborto en la Constitución. *Redacción médica. Tiene previsto impulsar un procedimiento de reforma ordinario de la Carta Magna.* <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-gobierno-propone-blindar-el-derecho-al-aborto-en-la-constitucion-6681>

Quesada, J.D. (2025, noviembre, 14). Ayuso se queda sola en su negativa a crear el registro de objetores de conciencia al aborto. *El País. Baleares y Aragón, también gobernadas por el PP, han accedido a poner en marcha la base de datos tras el requerimiento del Gobierno central.* <https://elpais.com/espana/madrid/2025-11-14/ayuso-asegura-que-no-creara-el-registro-de-objetores-del-aborto-y-deja-la-decision-a-los-tribunales.html>

Rull, J. (2025, 9 de octubre). *Ayuso rechaza hacer el registro de médicos objetores fijado por la ley: “Váyanse a otro lado a abortar”.* La Sexta. https://www.lasexta.com/noticias/nacional/ayuso-rechaza-hacer-registro-medicos-objetores-vayanse-otro-lado-abortar_2025100968e7792b0e3c6c50982d48c1.html

RTVE.es. (2026, 9 de marzo). *La Justicia ordena a la Comunidad de Madrid iniciar “de inmediato” la creación del registro de objetores del aborto.* RTVE. <https://www.rtve.es/noticias/20260309/justicia-ordena-comunidad-madrid-creacion-registro-objetores-aborto/16971919.shtml>

Páginas web

Associació de Drets Sexuals i Reproductius. (s. f.). Defensoras de los derechos sexuales y reproductivos. <https://lassociacio.org/>

Quiero Abortar. (s. f.). *El aborto: Toda la información necesaria.* <https://quieroabortar.org/>

Herramientas de Inteligencia Artificial

Google. (2026). *Gemini 3 Flash* (Versión de febrero de 2026) [Modelo de lenguaje grande]. <https://gemini.google.com/>

OpenAI. (2024). *ChatGPT* (Versión GPT-4o) [Modelo de lenguaje grande]. <https://chat.openai.com/>

7. Legislación y Jurisprudencia

Auto del Tribunal Constitucional 90/2010, de 14 de julio, por el que se deniega la suspensión de diversos preceptos de la Ley Orgánica 2/2010 solicitada en el recurso de inconstitucionalidad 4523-2010. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 192, de 9 de agosto de 2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-12889>

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 166, de 12 de julio de 1985. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 55, de 4 de marzo de 2010. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

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*, núm. 227, de 22 de septiembre de 2015. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-10141>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

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*, núm. 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>

Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 195, de 15 de agosto de 1990. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1990-20304>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

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*, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Orden de 31 de julio de 1985 sobre la práctica del aborto en Centros o establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 184, de 2 de agosto de 1985. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-16235>

Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 281, de 24 de noviembre de 1986. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-31264>

Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de 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*, núm. 155, de 26 de junio de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/06/25/825/con>

España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 222, de 16 de septiembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

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*, núm. 155, de 26 de junio de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/06/25/831>

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 53/1985, de 11 de abril ECLI:ES:TC:1985:53. BOE. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1985-9096>

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 44/2023, de 9 de mayo ECLI:ES:TC:2023:44. BOE. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-13955>

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 78/2023, de 3 de ECLI:ES:TC:2023:78. BOE. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-17864

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 160/1987, de 27 de octubre
ECLI:ES:TC:1987:160. BOE [https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1987-
25336](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1987-25336)

8. Anexos

Para la realización de este trabajo se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas a agentes institucionales y profesionales vinculados a la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de contrastar el marco normativo con su aplicación real y detectar posibles barreras en el acceso a la prestación.

Seudónimo	Perfil profesional
Persona 1	Directora de la Associació de Drets Sexuals i Reproductius. Activista feminista y politóloga.
Persona 2	Secretaria General de Igualdad y Feminismos de la Generalitat de Catalunya y presidenta del Instituto Catalán de las Mujeres.
Persona 3	Llevadora en un centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).
Persona 4	Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

8.1. Entrevista a Persona 1 - Directora de la Associació de Drets Sexuals i Reproductius. Activista feminista y politóloga.

¿Considera que la regulación actual está consiguiendo garantizar un acceso efectivo y suficientemente homogéneo a la prestación de IVE en todo el territorio español?

Bueno, te diría que homogéneo, no; y efectivo, a medias, un poco. Porque, claro, sí que es verdad que las desigualdades que genera también la planificación sanitaria del servicio hacen que no sea efectivo de la misma manera ni equitativamente, ni de la misma forma.

Para separar las dos cosas: es evidente que homogéneo no, porque si haces la comparativa entre Madrid y Catalunya, la organización del servicio, la planificación sanitaria y la implementación de la ley son tremendamente diferentes.

En Catalunya se hizo una apuesta por intentar incorporarlo a través de la red pública. Y es verdad que no está conseguido al 100 %, pero hoy en día prácticamente más del 50 % de los abortos sí se hacen a través de la red pública, también porque muchos son abortos farmacológicos.

En cambio, en Madrid, la implementación es muy diferente, porque tal y como se ha regulado y gestionado, todo está centralizado a través de una oficina en la calle Sagasta, y tienes que ir allí a buscar el papel de autorización y después ir a una de las clínicas acreditadas, que son de titularidad privada. Aunque no haya que pagarlo porque es un servicio financiado por la sanidad pública, es verdad que los centros y las clínicas son de titularidad privada. Es una concertación que tiene el servicio sanitario público con estas clínicas.

Solo comparando estas dos comunidades ya se ve claro, pero si comparas todas las comunidades autónomas, la desigualdad y la heterogeneidad entre unas y otras es todavía más evidente.

En cuanto a si es efectivo: a ver, efectivo lo es, pero no en igualdad de condiciones. Sobre todo porque, por ejemplo, en Cataluña no es efectivo en igualdad de condiciones para las mujeres que viven en Barcelona o en el área metropolitana respecto de las mujeres que viven en territorios o zonas más marginales, como el Pirineo, Lleida, la Cataluña Central o las Tierras del Ebro.

Esto tiene que ver también con la planificación sanitaria, con cómo se ha implementado y con el hecho de que no está incorporado de forma universal y equitativa en toda la sanidad pública, que sería lo que realmente lo haría efectivo. Es decir: lo haría efectivo de forma igualitaria para todas las mujeres.

Porque, aunque en Cataluña puedes hacer un aborto farmacológico a través de los centros de salud sexual y reproductiva prácticamente en todo el territorio, que esa es la parte “fácil”, es verdad que para un aborto instrumental o quirúrgico, la mayoría de las veces hace falta una derivación. Y a menudo esa derivación es hacia clínicas de titularidad privada, aunque estén financiadas con fondos públicos, porque no está incorporado en la mayoría de los hospitales.

Eso hace que no sea efectivo de la misma manera. Por ejemplo, para las mujeres del Pirineo, que si quieren realizarse un procedimiento quirúrgico tienen que bajar a Barcelona, y en algún caso a Lleida, pero normalmente a Barcelona.

Por tanto, esa efectividad pierde fuerza, porque no se da con las mismas oportunidades que a las mujeres de Barcelona, por decir algo. Y eso ya ocurre dentro de una misma comunidad.

¿Cuáles son, a su juicio, los principales factores que explican que una prestación legalmente reconocida no se ofrezca de manera equivalente entre comunidades autónomas?

Yo creo que es importante tener presente que, dentro de la ley que tenemos, también hay carencias importantes que hacen que, para mujeres que se encuentran en situaciones muy complicadas, no sea efectivo.

El primer tema es el de la tarjeta sanitaria. Si eres una mujer que no tiene tarjeta sanitaria, ya sea por situación administrativa irregular o por diferentes motivos, evidentemente eso complica mucho el acceso. Seguramente en Cataluña es más accesible porque se han puesto más condiciones para que sea posible, pero también hay diferencias territoriales importantes. En cambio, en otras comunidades autónomas, el hecho de no tener tarjeta sanitaria ya excluye inmediatamente a estas mujeres. Y eso tampoco garantiza ni la efectividad ni la homogeneidad.

Después está toda la cuestión de los casos de más de 22 semanas de gestación, cuando se hace un diagnóstico de una malformación o de un problema fetal grave. Según la ley, tiene que ser un comité clínico quien autorice que ese aborto, según lo que se plantea, encaja en un supuesto de gravedad o incurabilidad del feto. Pero los comités clínicos también dependen de cada comunidad autónoma: cada comunidad tiene uno. Y no siempre resuelven del mismo modo un mismo caso.

Eso también hace que ni sea homogéneo ni sea efectivo. Y en muchos casos, cuando la respuesta es negativa, las mujeres acaban yéndose a otro país para poder abortar, porque aquí no pueden.

Por tanto, ese es también un obstáculo muy importante.

Y creo que, finalmente, está el tema del personal y de la objeción de conciencia. Es verdad que ahora mismo, con la obligatoriedad del registro de objetores, se ha avanzado un poco, sobre todo por la presión que ha hecho el Gobierno central, pero sigue siendo una realidad. Porque, pese al registro, lo que de momento ha aportado es información, pero los servicios no están tan garantizados como para que el acceso al aborto quede plenamente asegurado.

Ahora mismo lo que se tiene que desarrollar profundamente es cómo conseguir que haya profesionales dentro del servicio que sí practiquen abortos, y no equipos enteros objetores. Eso también genera diversificación e inequidad.

Por ejemplo, está el caso del Hospital del Pallars, donde se consiguió que se hiciera el aborto farmacológico, pero no los instrumentales. El problema es que el ginecólogo que tienen es objetor, y por eso tiene que venir un ginecólogo de otra zona. Y, claro, eso hace que, si solo va cada dos semanas o así, si tú tienes una urgencia o necesitas más rapidez, seguramente tengas que desplazarte a Lleida o a Barcelona.

¿Qué perfiles de mujeres resultan más expuestas cuando el sistema no garantiza la prestación de manera directa, cercana y en un tiempo adecuado?

Yo creo que esto pasa como con todos los servicios públicos en general. Las mujeres que más sufren, o que están más afectadas en este sentido, son las más vulnerabilizadas por cuestiones socioeconómicas.

Está clarísimo que aquellas que están más precarizadas, aquellas que no tienen tarjeta sanitaria, las jóvenes, las que tienen menos opciones u oportunidades, al final son las que quedan más expuestas.

La realidad es que muchas mujeres que tienen una situación económica más cómoda, muchas veces incluso sabiendo que pueden obtener la prestación de forma gratuita, prefieren pagar y hacerlo por la vía privada porque, si no, tienen que pasar por más trámites o más tiempo. Y para ellas el hecho de pagar no es un problema.

En cambio, para las mujeres que realmente más lo necesitan, esas son las que tienen que esperar, desplazarse o soportar más obstáculos.

La mayoría de las veces también por cuestiones de conciliación familiar, por cuestiones de confidencialidad, o porque no pueden explicarlo en su entorno. También hay mujeres que están realizando trabajos de cuidados, o que tienen personas a cargo, o trabajan en empleos de cuidados, y el hecho de desplazarse si no hay un servicio de proximidad, fácil y facilitador, es todavía más complicado.

También, como he comentado antes, si no tienen tarjeta sanitaria, eso ya es directamente un obstáculo para todo. En Cataluña a veces pueden acceder a través de algunos canales concretos, pero muchas prefieren intentar conseguir dinero para pagarlo y hacerlo de forma rápida, porque su situación es muy complicada. Aun así, para ellas conseguir ese dinero es un esfuerzo impresionante.

¿Qué formas de desigualdad son más difíciles de detectar desde las instituciones, pero sí aparecen con claridad en la experiencia de las mujeres?

Yo creo que al final esto también forma parte de entender la lógica de la interseccionalidad: cómo afectan las diferentes opresiones que vive cada mujer, porque cada una se encuentra en situaciones distintas.

Las mujeres del entorno rural, por ejemplo, viven los servicios públicos de una manera muy diferente a las de la ciudad. Pero en todo caso es evidente que la intersección de clase social, situación económica y edad es muy importante.

La gente joven, que no tiene tantas opciones ni oportunidades, quizá vive en contextos que no son del todo acompañantes para procesos como este, y es ahí donde todo esto se lleva todavía más al silencio o a lo oculto. Y eso dificulta aún más todo un proceso que debería ser muy fácil.

También está el tema de poder pedir la baja. Eso no estaba demasiado contemplado, porque muchas mujeres tenían que continuar con su vida habitual como si nada, y eso sí que la reforma lo incorporó, aunque todavía hay margen de mejora porque no se ha acabado de gestionar correctamente.

Después también hay otras opresiones: por ejemplo, mujeres con distintas discapacidades, que no viven el proceso de la misma manera y pueden necesitar acompañamientos específicos en distintos momentos.

Al final, cada mujer y cada situación es muy diferente, y debe atenderse desde la especificidad que necesita. Pero la importancia de los servicios públicos es, precisamente, garantizar que el servicio sea lo más universal posible.

¿Qué relevancia tiene actualmente la objeción de conciencia en la organización real del servicio y hasta qué punto puede convertirse en un obstáculo estructural?

La cuestión es que, pese al registro, que es superimportante, porque es una herramienta muy importante para que la planificación sanitaria pueda organizar el servicio de manera que esas objeciones no afecten a las mujeres, de momento esto no está suficientemente resuelto.

Lo ideal sería que el servicio estuviera organizado de tal manera que una mujer que llegara al servicio ni siquiera tuviera que saber si hay objetores o no. No debería pasar

por esa persona, sino directamente por otro marco asistencial. Esa sería la equiparación ideal.

Pero la realidad es que hay una dificultad importante porque, en general, hay falta de profesionales de ginecología, y eso afecta realmente a la manera en que se organiza el servicio, porque a veces no hay suficientes profesionales para cubrirlo.

Aquí también está la necesidad de incorporar nuevos perfiles profesionales a este servicio. Es decir, que las matronas puedan asumir, con competencias, parte de la garantía del derecho al aborto, y eso es algo que en algunas comunidades ya se está trabajando.

Yo creo que la importancia de poder superar la objeción de conciencia está muy vinculada a la voluntad política de implementar este servicio dentro de los circuitos habituales: hospitales que no sean solo de tercer nivel, sino también hospitales comarcales y hospitales de referencia.

Es decir, si tú te quedas embarazada para seguir el embarazo y dar a luz, vas a tu centro de salud y a tu hospital de proximidad, salvo que haga falta una derivación de referencia. Deberías poder abortar por ese mismo circuito. No deberías necesitar ir a un hospital terciario ni desplazarte.

Esto pasa en Cataluña, pero también en muchas otras comunidades. En Baleares, por ejemplo, a partir de la semana 14; o en la mayor parte de Cataluña, porque hay un problema importante de objeción de conciencia que hace que no se practiquen abortos quirúrgicos o que no se hagan a partir de ciertas semanas, y entonces las mujeres tienen que ser derivadas fuera.

También pasa en La Rioja. Pasa en muchas comunidades, e incluso entre provincias. Hay provincias que no tienen clínicas acreditadas. Andalucía las tiene en todas menos en Jaén. Eso hace que, evidentemente, las mujeres de Jaén tengan que desplazarse a otra provincia.

La lógica debería ser, según el registro de objetores y una buena planificación, implementar la prestación a través del circuito sanitario público habitual o de los centros de salud sexual y reproductiva sin generar este tipo de problemas.

¿Considera que la ausencia de mecanismos como el registro de objetores puede vaciar de efectividad la prestación, aunque formalmente siga prevista en la norma?

Esta es una parte que el movimiento de profesionales de las clínicas acreditadas siempre ha dicho. Y tienen razón: ellas no tienen el problema de la objeción de conciencia, porque son centros especializados que en su momento se formaron muchas veces incluso en el extranjero, y gracias a ellas durante décadas en España se ha podido abortar en buenas condiciones. Eso es así.

No es ciencia ficción: es porque son activistas y profesionales que lo han sostenido toda la vida. Por tanto, el tema del registro pone en cuestión sobre todo al sistema público.

El registro en sí no es ningún problema: es una lista y punto. Pero la cuestión es qué haces con esa lista. Si tienes un hospital con no sé cuántos objetores, ¿qué vas a hacer? Pues si no puedes garantizarlo con la plantilla que tienes, tendrás que traer a otra gente. Tienes que pensar la organización y la planificación.

Eso sí: más allá de la confrontación política por el registro, que esta misma semana el Ministerio finalmente ha conseguido que se presente en algunos lugares, la gran batalla es política y cultural, sobre todo con la extrema derecha y con comunidades como Madrid. Pero realmente el registro, por sí solo, solo es un primer paso.

Además, es una lista confidencial. No la ve todo el mundo, solo los planificadores sanitarios autorizados, y los datos son confidenciales. Pero cada comunidad autónoma lo aplica de manera diferente y también se ha recogido información muy diversa y desigual.

Por ejemplo, en Murcia han hecho una cosa que me parece muy interesante: cuando una mujer se encuentra delante de un profesional objetor, este está obligado a decirle que es objetor. Eso me pareció una muy buena medida, porque realmente tú no sabes ante quién estás: si vas a una matrona o a un ginecólogo, necesitas saberlo.

Eso debería ser una buena práctica para el resto de las comunidades.

Porque aunque en principio el registro sea anónimo y tú no lo sepas, la realidad es que el objetor es la persona que practica directamente la interrupción voluntaria del embarazo. Pero puede ocurrir que la mujer no sepa que hay alguien objetor en la cadena y eso afecte a la forma en que se le transmite la información. Aunque esa persona no sea quien interviene directamente, sí puede estar condicionando el proceso.

Y eso es un problema muy importante. Puedes encontrarte con profesionales que son objetores pero que eso no consta en la parte informativa, y si no te lo dicen, puedes encontrarte con un acompañamiento informativo absolutamente sesgado, paternalista o incluso moralizador y culpabilizador antes de llegar a la intervención.

Es un tema importante. Y creo que, como todavía no se ha puesto plenamente en práctica, ahora se está viendo cuáles son las cosas que también pueden fallar.

Si tuviera que comparar Cataluña y la Comunidad de Madrid como dos modelos de gestión de esta prestación, ¿cuáles diría que son sus diferencias más relevantes y qué consecuencias tienen para las mujeres?

Yo creo que la diferencia más relevante es el tema de la gestión público-privada.

Las dos tienen gestión público-privada, porque en Cataluña también existe. Pero en Cataluña el hecho de poder garantizar que tú puedas ir a tu centro de salud sexual y reproductiva de referencia pública a informarte, y que allí puedas hacer al menos una de las opciones, que es la farmacológica hasta la semana 14, garantiza a las mujeres proximidad y una cierta universalidad, porque puede llegar a muchas mujeres del territorio.

La dificultad en Cataluña aparece cuando esas mujeres quieren o necesitan un aborto instrumental, porque entonces ya tienen que desplazarse. Eso significa que el grupo de mujeres que sufren la inequidad se reduce un poco, porque hay un grupo mayoritario para el que sí se ha podido garantizar el acceso a través de su servicio de referencia.

En cambio, en Madrid es todo lo contrario. El problema no es solo que los centros sean de titularidad privada. Al final, el modelo sanitario español, también en Cataluña, es muy concertado y privatizado en muchas cosas. La concertación de centros privados es una lógica habitual también en el aborto.

El problema de Madrid es que estas clínicas son especializadas y seguramente hacen muy bien su trabajo, porque hay mucha experiencia. Eso no se puede discutir. Pero las mujeres tienen que pasar por demasiadas fases: centro de salud, después oficina para conseguir el papel, después clínica. Son demasiadas paradas.

Además, la oficina de la calle Sagasta acaba funcionando como un cuello de botella. Todas las mujeres de la Comunidad de Madrid tienen que pasar por allí, y eso es una gestión burocrática que no sería necesaria. Tiene también un efecto disuasorio.

Estos obstáculos, al final, lo que suponen es más estigma, más trabas, más problemas.

Y después hay un tema clave: las mujeres de la Comunidad de Madrid no tienen acceso directo a los servicios públicos universales y de proximidad de salud sexual y reproductiva, que deberían ser su referencia. Eso es una vulneración del derecho y de la ley. No significa que no tengan acceso, pero sí que los profesionales sanitarios de referencia tampoco lo tienen integrado, ya sea porque no quieren, porque es un proceso farragoso, porque no está bien articulado... Todo eso forma parte de una cierta violencia institucional.

¿Cree que las diferencias entre Cataluña y Madrid responden principalmente a factores organizativos, políticos o a una combinación de ambos?

Sí, es una combinación de los dos, sin duda.

Lo político es tremendamente importante. En el caso de Madrid, concretamente, me atrevería a decir que la voluntad y la obstaculización política son determinantes.

Pero también hay una dimensión organizativa y de planificación que es clave. Al final, estas clínicas llevan toda la vida haciéndolo, y es mucho más fácil, eficiente y seguramente económico concertar el servicio con ellas que incorporarlo a toda la red pública, formar profesionales, poner recursos y reorganizar el servicio.

Eso requiere una inversión de tiempo y económica para ponerlo en marcha y hacerlo bien. Después seguramente tendría un retorno positivo, pero si no hay voluntad política, esa inversión no se hace.

¿Considera que el ordenamiento jurídico, desde un punto de vista no solo legislativo sino también reglamentario, tiene mecanismos suficientes para sancionar el incumplimiento y obligar al cumplimiento de la Ley 1/2023?

Pues no, seguramente no lo suficiente.

Sí que creo que en el tema de la objeción de conciencia se ha visto muy bien que había una parte de la ley que no se estaba cumpliendo y que era obligatoria, y finalmente se ha conseguido que se cumpla. Pero hay muchos más aspectos, más allá de la objeción, que tampoco se están cumpliendo y no se están persiguiendo de la misma manera.

Yo creo que la ley, y en general todo el sistema, ha sufrido mucho por la falta de seguimiento de la implementación. Ahora ha habido un Gobierno que ha decidido intentar implementar algunas partes e incluso forzar un poco ciertas obligaciones, pero las sanciones reales todavía no han llegado.

Y hay muchas otras cuestiones, más abstractas, que podrían regularse mucho mejor. Habría que encontrar mecanismos más contundentes y también más eficientes para hacer el seguimiento de la implementación. La realidad es que la dificultad para hacer ese seguimiento es muy grande, dada la diversidad, las diferentes voluntades políticas y los diferentes sistemas sanitarios de cada comunidad.

¿Qué valoración hace de la propuesta de blindar el derecho al aborto en la Constitución Española?

No es fácil. Yo, y en general nosotras, siempre diremos que cualquier medida que tenga la voluntad de mejorar la garantía del derecho al aborto será positiva. Tanto si es una medida pequeña, un protocolo local, un protocolo autonómico, una reforma constitucional o una directiva europea.

Cuando se pone el debate sobre el aborto en el centro social y político, eso también es una buena noticia, porque uno de los obstáculos más importantes que vive continuamente el aborto es la invisibilización. Y el hecho de que sea invisible genera tabúes, estigma y malestar. No se normaliza una práctica y un derecho que, a nivel sanitario, es una de las prestaciones o intervenciones más frecuentes. Forma parte de nuestra vida sexual y reproductiva. Es un tema habitual y debería normalizarse.

Dicho esto, a nivel jurídico, las sentencias del Tribunal Constitucional que salieron en 2023 fueron muy importantes porque situaron el derecho al aborto como un derecho fundamental. Y eso es prácticamente lo máximo que se ha conseguido jurídicamente ahora mismo.

Que eso pudiera ponerse literalmente en la Constitución, en la parte de derechos fundamentales, es inviable ahora mismo, porque requeriría una reforma constitucional muy dura, disolución de las Cortes, referéndum... es algo enorme.

La propuesta que se ha hecho y que el Consejo de Estado ha perfilado es, en ese sentido, jurídica y estratégicamente muy inteligente. No lo sitúa exactamente como derecho fundamental dentro de la Constitución, pero sí lo incorpora dentro de los principios y valores constitucionales vinculados a la garantía de la prestación sanitaria.

Creo que es una propuesta inteligente. No lo eleva formalmente a derecho fundamental constitucional, pero tampoco invalida nada de lo que ya ha dicho el Tribunal Constitucional. Y, además, el hecho de ponerlo dentro de la Constitución tiene un valor simbólico potentísimo. Es un avance impresionante a nivel de normalización y ayuda a quitar estigma.

También me parece interesante en lo que se refiere a la prestación sanitaria, porque una de las cosas que más ha sufrido el derecho al aborto es precisamente su implementación dentro del sistema sanitario. Por tanto, es una propuesta simbólica, pero también estratégica.

Pienso que tiene un valor político y social importantísimo, y también creo que será una batalla dura. Quizá no prospere, pero incluso si no sale adelante, el hecho de abrir el debate ya vale la pena.

¿Crees que realmente eso cambiará algo? Es decir, ¿que esté justificado introducirlo en la Constitución precisamente por las desigualdades en el acceso y en la efectividad del derecho al aborto? ¿Crees que con esta medida realmente se conseguirá reducir esas desigualdades o asegurar más que siempre esté disponible en la red sanitaria pública?

A ver, si se consiguiera, no sé si de manera inmediata ni lineal.

Pienso que en la Constitución también está reconocido el derecho a la vivienda, y mira cómo está. Por tanto, no es automático.

Pero sí creo que contribuirá a normalizarlo. Y contribuirá a normalizarlo de tal manera que será más difícil seguir cuestionando que esta prestación tiene que estar en el servicio público.

Desde ahí pienso que sí puede facilitar muchos avances que ayuden a garantizar esta prestación a través de la sanidad pública. De forma inmediata, quizá no demasiado. Pero sí creo que contribuirá, sin duda.

Eso hará que, con el tiempo, se vea de una forma mucho más normalizada, como una parte más de la atención sanitaria pública. Y seguramente en comunidades más reticentes —Castilla y León u otros territorios que han intentado invisibilizarlo— llegará un momento en que será mucho más difícil no incorporarlo al circuito público.

Por tanto, sí, creo que podría contribuir. Y aunque eso también se podría conseguir por otras vías, tenerlo en la Constitución tiene un peso simbólico y jurídico muy grande.

8.2. Entrevista a Persona 2 - Secretaria General de Igualdad y Feminismo de la Generalitat de Cataluña y presidenta del Instituto Catalán de las Mujeres.

¿Qué papel ejerce el Departamento de Igualdad y Feminismo en la garantía del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Cataluña, teniendo en cuenta que esta prestación depende en gran medida de la organización sanitaria autonómica?

Yo creo que el Departament de Igualdad y Feminismo es muy importante a nivel de política pública, porque es el que garantiza que cualquier política pública del Govern de la Generalitat, en este caso, tenga perspectiva feminista. Si no, se harían políticas que supuestamente son neutras, pero que en realidad tienen como único sujeto político el hombre, el sexo masculino. Y, por lo tanto, el departamento de igualdad y feminismo lo que hace es asegurar que en todos los departamentos se tenga en cuenta la perspectiva de la mitad de la ciudadanía, que somos las mujeres.

Eso, en temas o en ámbitos más abstractos, como en empresas, sería promocionar que haya más mujeres empresarias o que haya más mujeres en los espacios de decisión. En ámbitos que impactan mucho más en la vida cotidiana de cualquier mujer, de diferentes edades, como en el caso de salud, es, por ejemplo, que la atención sanitaria tenga perspectiva de género, que puede ir desde cómo diagnosticamos de manera correcta que a una mujer le está dando una angina de pecho, porque si su sintomatología es completamente diferente a la de un hombre, muchas veces, cuando una mujer va a su área básica de salud, se le diagnostica como ansiedad, algo que en realidad es que le estará sufriendo una angina de pecho.

Pero también algo como la interrupción voluntaria del embarazo, que es algo que el sujeto político de esa interrupción voluntaria somos las mujeres, y que durante mucho tiempo no se ha priorizado porque las personas que detentaban el poder, mayoritariamente hombres, pues no lo priorizaba, no. O incluso siempre se ha considerado que la capacidad sexual y reproductiva del cuerpo de las mujeres no era propia de las mujeres, sino que dependía de los hombres, y, por lo tanto, ellos sean los que decidían si las mujeres podíamos interrumpir voluntariamente el embarazo o no.

El hecho de que el Govern de la Generalitat haya apostado por un departamento de igualtat y feminisme significa que ese departamento ya, en el caso de la salud y de la interrupción voluntaria al embarazo, ya para que ese derecho de ciudadanía que afecta a las mujeres, pues, esté contemplado a nivel territorial con equidad y también a nivel de todas las clases sociales. Porque durante mucho tiempo en nuestro país, y todavía a día de hoy sucede, y en algunas de las preguntas que me planteas surgen, vivimos en un país en el que la paradoja no es si puedes interrumpir voluntariamente tu embarazo o no, sino si tienes capacidad económica para hacerlo, no.

Históricamente ha sido así, no. Todas sabemos de mujeres de clases adineradas que durante la dictadura franquista o durante la transición iban a abortar a otros países de Europa y que, en cambio, aquí, en nuestro país, estaba prohibido. Y esto todavía pasar a día de hoy, en algunas comunidades autónomas no se prioriza la interrupción voluntaria del embarazo o no se garantiza la interrupción voluntaria del embarazo en el sistema público, como sí que hace Cataluña, pero, en cambio, sí que se garantiza a nivel privado o por la concertada.

En el caso de Cataluña, el Departamento de Igualtat i Feminisme, en colaboración con el Departamento de Salud, lo que hace es garantizar que ese derecho sea público para todas las mujeres y a nivel equitativo en todo el territorio catalán.

¿Qué políticas públicas concretas se están impulsando actualmente para garantizar el acceso efectivo a la IVE desde el Departament?

En tema de interrupción voluntaria del embarazo, estamos garantizando, como sabes, que el Gobierno de España está intentando —de hecho, hoy hemos tenido una buena noticia, porque el Consejo de Estado ha dado luz verde— la reforma de la Constitución que quiere hacer el Gobierno español para que el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo sea un derecho contemplado en la Constitución, intentándolo blindar de cara a que, si en un futuro gobernase la derecha o la extrema derecha, ese derecho no se pueda vulnerar porque está blindado en la Constitución.

Esto ya lo han conseguido países como Francia o Luxemburgo, pero aquí, en España, todavía no es una realidad. Junto a esa medida que quieren blindar a nivel constitucional, el Gobierno quiere que haya una lista de objetores, en la que se garantice que en todos los centros hospitalarios haya médicos que garanticen el derecho de las mujeres a poder interrumpir voluntariamente el embarazo.

Eso, en Cataluña, también ocurre en centros hospitalarios en los que actualmente no se garantiza. Entonces, el Departament de Igualtat y Feminisme, en ese sentido, actúa como medida de presión para garantizar que eso pase y que no suceda que haya hospitales en los que todos los profesionales se puedan declarar objetores.

También estamos trabajando juntamente con el departamento de salud todo el tema del Pacte Nacional por la Salut Mental, porque, cuando hablas de salud mental, muchas veces acabas visualizando única y exclusivamente a esa persona que tiene una patología mental y que tiene que estar interna en algunos momentos. En cambio, está comprobado que, cuando una mujer sufre una agresión sexual o decide interrumpir de manera voluntaria su embarazo, hay mujeres que no, pero hay otras que pasan por situaciones en las que necesitan acompañamiento médico.

O, por ejemplo, toda una campaña que estamos haciendo contra la presión estética, también por el incremento de chicas jóvenes que hay otra vez con trastornos de alimentación. Todo eso lo hacemos en colaboración.

Desde su experiencia, ¿Cómo crees que el movimiento feminista ha contribuido a visibilizar barreras en el acceso a la IVE que no estaban siendo suficientemente atendidas por las instituciones?

Bueno, yo creo que es súper importante la importancia que tú le das al movimiento feminista, porque muchas veces se intenta desdibujar o quitarle importancia, y en realidad es súper importante. Los grandes avances que hemos conseguido en política pública con perspectiva de género siempre han sido porque el movimiento feminista ha empujado, desde la primera ley contra la violencia de género en el año 2004, a la ley de igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el 2007, a todo el tema de la reforma legislativa vinculada con la interrupción voluntaria del embarazo del año 2023.

Por lo tanto, siempre le debemos agradecer al movimiento feminista que actúe como medida de presión para que no nos conformemos con los derechos adquiridos, sino que siempre queramos más. Y, de hecho, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, la presión del movimiento feminista fue súper importante cuando, por ejemplo, gobernaba en España el Partido Popular y Gallardón era ministro de Sanidad y decidió vulnerar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo para las mujeres.

Se organizó el movimiento feminista y mujeres feministas de todo el Estado español viajaron a Madrid, a la capital, para defender ese derecho de las mujeres a decidir libremente cuándo queremos ser madres y cuándo no, y se le conoce como el tren de

la libertad. Yo creo que es muy paradigmática la figura del tren de la libertad, de cómo el movimiento feminista puede actuar y puede tener un impacto real en la legislación cuando algunos gobiernos intentan vulnerar nuestros derechos.

Es muy importante, por un lado, reconocer todo lo que somos gracias al movimiento feminista y, por otro lado, al mismo tiempo, a nivel legislativo, en la Generalitat, gracias al Departament d'Igualtat i Feminisme, o en el Gobierno de España, gracias al Ministerio de Igualdad, intentar blindar lo máximo posible a nivel legislativo esos derechos para que no puedan ser vulnerados cuando llega un gobierno que no defiende la lucha feminista o que no se define feminista.

¿Cuáles son, a su juicio, las principales barreras estructurales que siguen dificultando un acceso igual a la prestación de IVE, incluso cuando está legalmente reconocida?

En primer lugar, y es una cosa que la consellera Menor siempre defiende mucho, está el tema de la equidad territorial. Porque tú puedes tener un derecho de ciudadanía, pero, si no garantizas que todas las mujeres catalanas, en todas las partes del territorio, sea donde sea donde viven, pueden tener derecho a ese derecho, ya no estás tratando a las ciudadanas de manera igual. Ahora hablo en femenino porque estoy hablando del Departament d'Igualtat i Feminisme y de la IVE, pero lo podríamos aplicar a cualquier política pública de hombres y mujeres.

Entonces, claro que nos encontramos con que no hay atención hospitalaria general en todas las partes del territorio catalán y que, por lo tanto, no todas las mujeres pueden acceder igual que accedemos las mujeres que vivimos en el área metropolitana a las diferentes opciones para interrumpir voluntariamente el embarazo. De hecho, el movimiento feminista, en el Govern anterior, cuando gobernaba Esquerra Republicana, puso encima de la mesa que había hospitales de Lleida en los que no se garantizaba que las mujeres pudieran decidir si querían hacer una interrupción quirúrgica o una interrupción vía medicamento.

Y ese derecho a que nosotras podamos decidir cómo queremos interrumpir nuestro embarazo es un derecho que hay que garantizar en todo el territorio y que todavía, desgraciadamente, no se garantiza. Entonces, tenemos que tener en cuenta eso: cómo hacemos para que la cartera de servicios vinculada con la interrupción voluntaria del embarazo sea igual en todo el territorio catalán, independientemente de si vives en la Cataluña interior o en la Cataluña metropolitana.

En segundo lugar, que todos los hospitales garanticen que hay médicos que están dispuestos a garantizar el derecho, que forma parte de la cartera de servicios de la sanidad pública, de interrumpir voluntariamente el embarazo. Y, desgraciadamente, todavía hay algunos hospitales que no garantizan ese derecho. Por lo tanto, tenemos que trabajar para que los hospitales en los que la mayoría de los doctores y doctoras se declaren objetores cumplan con que tiene que haber un mínimo de doctores y doctoras que garanticen ese derecho, porque es un derecho de ciudadanía que va más allá de lo que tú piensas ideológicamente a nivel personal.

Por lo tanto: territorial, tema de objetores, el tema de poder decidir directamente si quieres hacer una interrupción quirúrgica o quieres hacer una interrupción más farmacéutica.

Y después, otro tema muy importante: el tema de la clase social. En Cataluña vivimos en una situación privilegiada gracias a un gobierno progresista como el que tenemos, en el que el 55 % de las interrupciones voluntarias del embarazo que se hacen en Cataluña, se hacen en el sistema público. Pero, en cambio, en comunidades autónomas que están gobernadas por el Partido Popular, como Andalucía o la Comunidad de Madrid, únicamente el 0,1 % de media de las interrupciones voluntarias del embarazo se hacen en el sistema público. Casi todas se derivan, el noventa y pico por ciento, a la concertada.

Por lo tanto, ahí estás impidiendo que las mujeres de todos los estratos sociales tengan acceso a un derecho que forma parte del sistema público de sanidad y que, por lo tanto, debería ser gratuito para todos y todas.

¿Qué diferencias considera más relevantes entre comunidades autónomas en la forma de abordar esta cuestión y de qué factores cree que dependen principalmente?

Por un lado está todo el tema de no apostar por el sistema de bienestar público, de la ciudadanía. Porque, de hecho, en esas mismas comunidades autónomas, curiosamente, por ejemplo en Andalucía, que también tiene un índice muy similar al de la Comunidad de Madrid, también está gobernada por el mismo partido político. Y en Andalucía es donde ha saltado todo el caso de los cribajes por cáncer de mama, que lo que estaban haciendo en la comunidad de Andalucía era precisamente privatizar todo el tema de las pruebas diagnósticas. Por lo tanto, muestran que su sistema de atención sanitaria trata de privilegiar a las empresas concertadas que se dedican al mundo de la sanidad, las empresas privadas, a las mutuas y demás.

Eso, por un lado, que es bastante coherente con lo que comentábamos al principio de la entrevista, de la hipocresía de las clases privilegiadas de este país, que, cuando el aborto estaba prohibido en nuestro país, las mujeres de las clases altas, las jóvenes de las clases altas, sí que podían, porque tenían dinero, abortar en Londres o en Holanda. Y, en cambio, las mujeres de las clases populares aquí muchas veces morían porque se practicaban abortos de manera casera, que muchas veces provocaban infecciones, pérdidas de sangre y hacían que no fuese viable la vida de la mujer.

Por lo tanto, una vez más están demostrando que están en contra del aborto ideológicamente, pero, en el caso de que se tenga que producir, benefician únicamente a las mujeres de las clases altas.

Y después, en el caso de comunidades como Andalucía o la Comunidad de Madrid, se muestra claramente que es un tema ideológico. De hecho, hemos comentado lo del tren de la libertad con Gallardón, pero es que la ley de 2010 de José Luis Rodríguez Zapatero, que establece la ley de plazos para la interrupción voluntaria del embarazo y que va mucho más allá de la ley de 1985 de Felipe González, la ley de 2010, como te decía, fue denunciada y fue llevada al Constitucional por inconstitucional por parte del Partido Popular. Y no fue hasta catorce años después, hasta 2024, que el Constitucional dijo que la ley de interrupción voluntaria del embarazo, la ley de plazos, era constitucional y que, por lo tanto, se tenía que garantizar el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria.

Por lo tanto, el Partido Popular, sin necesidad de Vox, porque entonces no existía Vox en el año 2010, ya mostraba claramente que no estaba a favor de que las mujeres pudiéramos decidir sobre nuestro cuerpo, sobre nuestra sexualidad y sobre nuestra capacidad reproductiva. Se mezclan varios factores, por eso te digo: uno es ideológico y, cuando lo ideológico falla, se privilegia a las clases bienestantes en contra de la mayoría social.

¿Considera que los actuales mecanismos de coordinación y seguimiento son suficientes para evitar desigualdades territoriales en el acceso a la IVE dentro de Cataluña, especialmente en zonas rurales o respecto de colectivos vulnerables, o cree que deberían reforzarse? ¿Qué medidas se están adoptando para reducir estas desigualdades?

Cuando el movimiento feminista nos pone encima de la mesa, o le pone a la consellera encima de la mesa, algunos hospitales en los que no hay profesionales que practiquen la interrupción voluntaria del embarazo, o nos explican que en algunos centros de Lleida

o de la veguería de Lleida no se garantizan las dos opciones de interrupción voluntaria del embarazo, hay una coordinación entre consellers, entre la consellera de Igualdad y Feminismo y la consellera de Sanidad.

La consellera de Sanidad o no lo sabe o no le llega, porque la relación con el movimiento feminista no es tan directa como la tiene la consellera de Igualdad y Feminismo. Entonces, la consellera de Igualdad y Feminismo actúa como medida de presión sobre la otra consellera, en este caso la de Sanidad, pero podría ser cualquier otra.

O sea, el movimiento feminista avisa; es como una cadena de transmisión: el movimiento feminista comunica a una consellera y la consellera se coordina con la otra. Y eso podría pasar en diferentes ámbitos.

Entonces, nosotras somos conscientes de cuándo una situación es preocupante o no cumple con las condiciones de igualdad y de equilibrio territorial que se quiere que haya a nivel de toda Cataluña, y eso nos sirve para situar encima de la mesa temas con el departamento en cuestión, en este caso con el departamento de Sanidad, para que eso se remedie. Y eso lo hemos acabado haciendo con el caso de la interrupción voluntaria del embarazo.

En concreto, cuando me dice el movimiento feminista, ¿trabaja mano a mano con alguna asociación concreta o cómo llega esta información?

Por ejemplo, el Consell Nacional de Dones de Catalunya, donde están representadas todas las entidades de mujeres de Cataluña. Pero después hay entidades que están especializadas en temas de salud sexual y reproductiva y que, por ejemplo, nos explican más los temas vinculados con la interrupción voluntaria del embarazo o el acoso que algunos grupos ultracatólicos realizan a las mujeres que intentan acceder a una clínica para interrumpir voluntariamente el embarazo.

Entonces, ellas son las que nos explican que eso está sucediendo y nosotras podemos hacer alguna política pública concreta, específica, para solventar esa situación en ese sitio determinado. Por ejemplo, en este caso de acoso a las mujeres que quieren interrumpir voluntariamente el embarazo y que van a una clínica concreta, a nosotras el movimiento feminista nos avisa y nosotras nos coordinamos con Interior para que Interior asegure que las mujeres pueden acceder de manera libre a esa clínica, haciendo cumplir, por otro lado, la ley. Porque una de las reformas que aprobamos en el Gobierno de España en la legislatura anterior es que las mujeres puedan ejercer libremente su

derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo sin que sean acosadas y, por lo tanto, violentadas cuando van a hacerlo.

¿Cree que en Cataluña los mecanismos de coordinación y seguimiento en esta materia funcionan correctamente? Teniendo en cuenta que, aunque existe una ley estatal, la gestión sanitaria está descentralizada en las comunidades autónomas, ¿cómo cree que afecta que en otros territorios no gobierne el mismo partido político? ¿Hasta qué punto esa diferencia puede dificultar una coordinación eficaz entre el Gobierno central y las comunidades autónomas?

Es muy importante que en estos momentos esté gobernando el Partido Socialista tanto en la comunidad de Cataluña como en el Gobierno de España a nivel de coordinación, porque cualquier cuestión que se produce en ese sentido es mucho más fácil de resolver, porque estamos alineados y trabajamos de manera conjunta y en red.

Y es verdad que, como tú bien dices, como el sistema de salud está descentralizado en las comunidades autónomas, muchas veces las comunidades autónomas intentan hacer de más y de menos. Precisamente por eso son tan altos los índices de interrupciones voluntarias del embarazo en la concertada y no en la pública en las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular. Porque ellos son conscientes de que no pueden vulnerar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres, como, por ejemplo, intentaron hacer en Castilla y León cuando gobernaba el Partido Popular con Vox, que intentaron hacer un protocolo y demás, pero no lo pueden hacer porque la ley orgánica es superior y, por lo tanto, tienen una obligación legal.

Pero el hecho de que esté descentralizada la sanidad hace que hagan más y menos y, por eso, no facilitan el acceso desde el sistema público, sino que tienen que ir al sistema concertado. Yo creo que es muy importante, en ese sentido, para Cataluña, que el Gobierno de España esté alineado con el gobierno de Cataluña, y al revés.

Ahora bien, creo que, cuando estamos hablando de derechos de ciudadanía, como es el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, es muy importante que ese derecho se incorpore en la Constitución, como pretende hacer el Gobierno de España, porque no puede ser que los derechos de las mujeres existan o no existan en función de si gobierna un partido de derechas o un partido de izquierdas. O sea, al final, si somos ciudadanas de pleno derecho, nuestros derechos tienen que estar contemplados independientemente de quién gobierne. No puede ser que avancemos o retrocedamos en función de si gobierna el Partido Socialista o el Partido Popular.

Por lo tanto, es muy importante que el tema de la interrupción voluntaria del embarazo entre en la Constitución para garantizar y blindar ese derecho, porque, si no, como tú bien decías, dependiendo de quién gobierne en cada comunidad autónoma, las mujeres tenemos unos derechos o no los tenemos.

¿Cómo cree que podría reforzarse el mecanismo de control por parte del Gobierno de España para garantizar que el acceso a la IVE se preste de forma efectiva en todas las comunidades autónomas? Más allá de su eventual blindaje constitucional, ¿considera que existen otras vías para asegurar el cumplimiento homogéneo de este derecho en todo el territorio?

Yo creo que, por un lado, está el tema que tú comentas del blindaje en la Constitución. Por otro lado, el listado de objetores, pero con una fiscalización por parte del Gobierno de España. Es decir, se ha de revisar el listado de objetores y confirmar que en todos los centros hospitalarios públicos existen profesionales que garanticen el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo.

Y después, yo creo que está el tema de la financiación. No puede ser que el Gobierno de España descentralice la financiación vinculada con el sistema de bienestar y que no se haga feedback o report por parte de las comunidades autónomas sobre en qué gastan esos recursos. Yo creo que no puede ser que la comunidad de Cataluña diga o muestre que el 55 % de las interrupciones voluntarias del embarazo de su comunidad son por el sistema público catalán y que, en cambio, la Comunidad de Madrid o la comunidad de Andalucía muestren datos del 0,1 %, y todas estén recibiendo una cantidad económica vinculada, por ejemplo, con la densidad demográfica.

Yo creo que tenemos que empezar a hacer una financiación vinculada con el resultado de esa financiación y que a las comunidades autónomas que no cumplan con los objetivos que establece el Gobierno de España se les recorte la financiación, porque, si no, al final acaban haciendo lo que les da la gana sin tener en cuenta que, si el sistema público garantiza toda una serie de servicios, el Gobierno de España tiene que velar por que esos servicios sean garantizados. Y, si no son garantizados, tiene que modificarse la financiación.

Sería como una especie de financiar por resultados: si tú cumples, el Gobierno te da los recursos; si no cumples, no se te dan los recursos. Y yo creo que así también se permitiría garantizar la igualdad de derechos para todos y todas.

Tomando como referencia Cataluña y la Comunidad de Madrid, ¿qué diferencias considera más significativas en la manera de afrontar esta prestación desde las instituciones públicas?

Cataluña está gobernada por el Partido Socialista, que es un partido de izquierdas, que es un partido que cree en las políticas feministas, como muestra el hecho de que tenga un departamento y una conselleria dedicada a esto, que vela porque la perspectiva de género esté en el conjunto de la política pública y que hace del feminismo una bandera. O sea, yo siempre digo que el Partido Socialista no es un partido feminista, pero es el partido más feminista de todos los que existen.

Y la Comunidad de Madrid está gobernada por el Partido Popular, en el cual, además, su líder es una de las mujeres, o una de las personas, que se sitúa más a la derecha del espectro del Partido Popular y que, por lo tanto, hace bandera de todo lo contrario de lo que hace bandera Cataluña. O sea, serían como dos modelos completamente opuestos.

Y la presidenta de la Comunidad de Madrid se vanagloria de no defender la interrupción voluntaria del embarazo, de mezclar conceptos de manera torticera y populista, como hablar de la pérdida del embarazo que ella tuvo y vincularlo con la interrupción voluntaria del embarazo, que no tiene nada que ver. Y, por lo tanto, eso muestra que la ideología se refleja en la implementación de la política pública.

¿Y cómo cree que estas diferencias institucionales acaban afectando, en la práctica, a una mujer que quiere interrumpir voluntariamente su embarazo en Cataluña o en la Comunidad de Madrid? Teniendo en cuenta que, en Madrid, el acceso no parece integrarse del mismo modo en el circuito asistencial ordinario del CAP o del hospital público de referencia, sino que se canaliza a través de un procedimiento más específico y de la derivación a centros acreditados o concertados, ¿cómo cree que influye todo ello en la experiencia real de las mujeres?

Bueno, yo creo que le afecta en el sentido de que, en primer lugar, afecta a la igualdad de acceso a ese servicio, porque no todas las mujeres tenemos acceso en igualdad de condiciones a la información. Por lo tanto, hay muchas mujeres que, si no se lo explican en su área básica de salud, o se lo explica su enfermera o su doctora de referencia, o su trabajadora social de referencia, muchas veces no tendrán acceso a esa información de a qué centro tienen que dirigirse.

Y, en segundo lugar, está el tema del acompañamiento. Yo también creo que es muy importante. O sea, al final todas queremos que la interrupción voluntaria del embarazo sea un derecho, por supuesto, pero también debemos pensar, y lo comentábamos también al inicio de la entrevista, que el hecho de decidir interrumpir voluntariamente un embarazo puede ser para algunas mujeres un proceso fácil y simple, pero para otras no.

E ir a una clínica concertada a que te hagan una interrupción voluntaria del embarazo y, sin más, te den el alta, pues muchas veces a muchas mujeres les puede faltar un acompañamiento social, afectivo, médico, que el sistema público de sanidad sí que te garantiza, pero que el concertado no. Por lo tanto, por un lado hay inequidad en el acceso a los recursos y, por otro lado, inequidad también en el acompañamiento, porque cada mujer puede vivir esa interrupción de una manera completamente diferente.

Y no es un proceso fácil. Es como un parto, que es todo lo contrario, pero hay mujeres para las que el parto es algo súper simple y no tiene un impacto, o no tiene un impacto a nivel emocional fuerte en sí mismas, y para otras mujeres no. Pues por eso existe la depresión posparto, porque cada una de nosotras vivimos esas circunstancias vitales de manera completamente diferente. Y el sistema tiene que poder dar respuesta, y no da la misma respuesta un sistema público que una clínica concertada en la que te dan un día, una hora, te practican la interrupción y te dan el alta.

¿Qué diferencias principales aprecia entre el enfoque del PSC y el del Partido Popular en esta materia, tanto en el plano discursivo como en el de las políticas públicas?

Bueno, yo creo que lo que nos muestran es que lo que defiendes a nivel ideológico, a nivel programático, después se traduce en política pública. Por eso también es tan importante que la ciudadanía, y sobre todo las mujeres, vayamos a votar y ejerzamos nuestro derecho al voto, porque algo tan simple como ejercer nuestro derecho al voto luego tiene un impacto real en nuestra vida cotidiana, desde la interrupción voluntaria del embarazo a todo el tema formativo, a todo el tema de inserción en el mercado de trabajo, etcétera, o a la misma concepción de las violencias machistas, que el Partido Popular niega cuando necesita a Vox para gobernar.

Por lo tanto, el hecho de que el Partido Socialista, que siempre ha defendido la interrupción voluntaria del embarazo, gobierne significa, por ejemplo, que el 55 % de las interrupciones voluntarias del embarazo que hay en Cataluña son públicas, son por el sistema público. Y el hecho de que gobierne el Partido Popular, que no cree —no solo es que no crea, es que lo llevó al Constitucional para declarar inconstitucional un

derecho de ciudadanía—, pues se demuestra en ese 0,1 % que tú misma comentabas al inicio de la entrevista.

No es casual. Al final tenemos que hacer caso también de lo que dicen a nivel ideológico y a nivel programático, porque eso luego se traduce en nuestra vida cotidiana y tiene un impacto real en la vida de todas y cada una de nosotras.

¿Qué opinión le merece el hecho de que algunas comunidades no hayan implantado el registro de objetores de conciencia? ¿Qué mecanismos debería activar el Estado ante posibles incumplimientos?

Bueno, yo creo que, como comentábamos ahora, en Semana Santa finalmente Ayuso lo ha tenido que publicar porque, si no, sabía que estaba incumpliendo, con el impacto que eso podía tener. Al final, yo creo que es importante que el Gobierno de España obligue y que, a partir de esa obligación, se vea que, más o menos a disgusto, todas las comunidades autónomas se ven obligadas a realizarlo, y es la única forma.

Al final, yo creo que ha puesto un poco el presidente del Gobierno de España el fil a l'agulla, porque el derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo estaba en nuestro país, la legislación lo recogía, pero, en realidad, como por ejemplo pasa con el derecho a la eutanasia, igual hay muchas comunidades autónomas que no están garantizando esos derechos que tienen que ver con decisiones vitales muy importantes. Y, por lo tanto, yo creo que el Gobierno de España tiene que ejercer y tiene que, por lo que te comentaba antes, fiscalizar para conseguir que los derechos que están aprobados se cumplan a nivel estatal, no que se cumplan en algunas comunidades autónomas y en otras no.

No por un tema territorial, sino por un tema de derechos de ciudadanía. O sea, las mujeres de Andalucía, las mujeres de Murcia, las mujeres del País Vasco, las mujeres catalanas, tienen que tener los mismos derechos, independientemente de quién gobierne en sus comunidades autónomas, porque, si no, estamos creando situaciones de desigualdad.

¿Considera relevante, en este contexto, la posición del Partido Popular como organización ante el hecho de que la presidenta de una comunidad autónoma no cumpla una ley? ¿Cree que ha faltado una reacción clara por parte de su dirección nacional y de su líder, y hasta qué punto esa falta de posicionamiento político contribuye a normalizar ese incumplimiento institucional?

Bueno, yo creo que, desgraciadamente, en el caso que comentas, hace mucho tiempo que quien realmente lidera el Partido Popular, esté Feijóo o esté Casado como secretario general, es el ala más de ultraderecha del Partido Popular, que está vinculada con Aznar, con FAES, con Esperanza Aguirre y ahora con Ayuso. Y Feijóo no se atreve a contradecirla ni la obliga a modificar su posicionamiento político, porque, en realidad, ella es la que tiene realmente el músculo y el pulso del partido, y es el ala más de derechas del Partido Popular quien realmente está detrás de Ayuso.

De todas formas, también el hecho de que en 2010 el Partido Popular denunciase la ley de plazos de José Luis Rodríguez Zapatero demuestra que el sentir dentro del Partido Popular en relación con la interrupción voluntaria del embarazo es que están en contra.

Están defendiendo un modelo de familia y de mujer en el marco de esa familia tradicional, que es el que representan ellas, ellos y su partido.

¿Qué valoración hace de la propuesta de blindar el derecho al aborto en la Constitución Española?

Súper contenta, y tengo mucha esperanza en esa propuesta. El Consejo de Estado ha dicho que la reforma que plantea el Gobierno de España es viable y yo lo veo muy esperanzador porque, además, una vez más mostramos la punta de lanza cuando gobierna el progresismo en nuestro país. Porque únicamente Francia y Luxemburgo tienen ese derecho blindado por la Constitución, y el hecho de que podamos ser nosotras el tercer país que lidera ese cambio creo que es muy importante para las mujeres de nuestro país, pero para las mujeres del mundo en general. Porque necesitamos que haya países que avancen para seguir avanzando y, desgraciadamente, lo que estamos viendo a nivel internacional con los nuevos líderes mundiales pone en entredicho los derechos de las mujeres, y es importante hacer un contrapoder a esa ultraderecha y a esa derecha extrema que quieren que volvamos a perder todos los derechos que hemos conseguido en los últimos tiempos.

8.3. Entrevista a Persona 3 - Llevadora en un centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).

¿Cuál es su función dentro de la unidad ASSIR en relación con la atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?

Cuando una persona quiere abortar, normalmente la vemos lo antes posible. Primero la vemos las matronas para calcular de cuántas semanas está y dar información sobre los tipos de IVE que puede realizar: farmacológica o quirúrgica.

Si está de menos de 9 más 6 semanas, puede realizar un aborto farmacológico en casa. Si quiere el quirúrgico, la derivamos a una clínica privada.

Mi CAP está vinculado a Hospital de Sant Pau, donde no se pueden realizar abortos, y en muchos hospitales públicos de Cataluña tampoco. Entonces ya ves que no es igual dependiendo de dónde vivas.

Ahora estamos empezando a hacer que, dependiendo del día de la semana, podamos derivar a Dos de Mayo. Porque en Sant Pau se dejaron de hacer abortos a partir de 2012, con un cambio político, y todavía no se hacen. Entonces nosotros derivamos a una clínica privada, damos unas listas y pueden acudir hasta las 14 semanas.

¿Qué papel desempeñan las llevadoras en el acompañamiento de las mujeres durante el proceso?

Nuestro papel es informar. Explicamos qué opciones hay según las semanas de gestación, que calculamos a partir de la fecha de la última regla.

Si es un aborto farmacológico, explicamos el proceso: la ginecóloga da una primera pastilla que hace que finalice el embarazo y le da un sobre con unas pastillas que son analgésicos y después otras que provocan contracciones para que se expulse. Esto es después de las 24 horas de la primera pastilla, que se toma en consulta.

Entonces se va a casa y recomendamos que la mujer esté acompañada porque puede doler. La fase expulsiva se realiza en casa.

¿Hay seguimiento después del proceso?

Sí. Normalmente, al cabo de un mes se realiza una visita con la ginecóloga para asegurar que todo se ha completado correctamente mediante una ecografía.

¿Cuál es la diferencia con el procedimiento quirúrgico en relación con el circuito asistencial?

En la clínica privada, creo que no se hace mucho seguimiento. Se realiza con sedación, la mujer debe ir acompañada y el proceso dura unos 10-15 minutos. Después se va y, en principio, no hay mucho seguimiento posterior.

¿Y en el caso del sistema público?

No estoy segura porque nunca he trabajado en un hospital público donde se realicen abortos. Pero creo que, si se necesita apoyo psicológico u otro tipo de seguimiento, es más accesible dentro del sistema público.

¿Cuáles son las principales dificultades que encuentran las mujeres para acceder a la IVE?

El acceso no es igual porque hay muchos objetores de conciencia. Si en un ASSIR solo hay una ginecóloga ese día y es objetora, no lo hará, y la mujer tiene que desplazarse a otro ASSIR, con todo el estrés que eso genera.

Esto no debería ser así; en teoría, al menos una persona debería no ser objetora, pero en la práctica no es así.

¿Hay colectivos que afrontan más dificultades?

Sí, especialmente en zonas rurales. Por ejemplo, en Lleida tienen que desplazarse muchísimo para poder abortar.

En cambio, en Barcelona hay mucha más red asistencial.

¿Ha observado situaciones en las que el acceso se retrase o se complique?

Sí, por ejemplo, la falta de visitas ginecológicas. Aunque ya no existen los tres días de reflexión, el proceso igualmente se puede retrasar porque no hay citas disponibles.

En algunos casos se puede administrar la medicación el mismo día y, en otros, hay que esperar días o incluso una semana más. Esto hace que la accesibilidad no sea muy buena.

¿Cómo afecta la derivación a clínicas privadas?

Afecta porque no se puede hacer en tu hospital de referencia, y eso ya tiene un significado. Aunque las clínicas privadas no están muy lejos, el hospital es más cercano y conocido.

¿Cree que la experiencia de una mujer puede variar según el centro sanitario?

Sí, totalmente. Depende mucho del profesional que te toque. Puedes encontrarte con actitudes más moralistas o paternalistas, especialmente si has tenido más de un aborto.

¿Hay un procedimiento pautado para las matronas?

Sí, hay documentos donde explicamos toda la información: efectos secundarios de la medicación, ventajas y desventajas de cada método, para que la mujer pueda elegir el que mejor le convenga.

¿Considera que la normativa se aplica de manera efectiva?

No. Hay casos en los que la mujer ha tenido que desplazarse a la otra punta de Barcelona para poder abortar, incluso después de haber esperado horas para ser atendida.

Esto puede repercutir en la salud de la mujer porque genera mucho estrés.

¿Quién gestiona la derivación?

Se le da la opción de esperar unos días hasta que haya una ginecóloga disponible o desplazarse a otro centro.

Ese tiempo de espera puede alargarse y afectar a la posibilidad de realizar la IVE.

¿Cómo se gestionan las citas?

Si es en una clínica privada, lo gestiona la propia mujer. Si es en un hospital público, se gestiona desde el ASSIR.

Esto puede suponer una barrera, porque no siempre se tiene en cuenta la situación personal de cada mujer.

¿Qué cambios considera necesarios para mejorar el acceso a la IVE?

Que no haya objetores de conciencia o, como mínimo, que en todos los hospitales haya algún profesional que realice abortos.

Es intolerable que en un hospital público no se realicen abortos. Aunque muchos ginecólogos querrían hacerlo, es el patronato religioso quien lo impide.

Desde el movimiento feminista y los profesionales se está denunciando esta situación. Como respuesta, se está empezando a hacer en Dos de Mayo, que está más cerca.

¿Cree que es necesaria una respuesta institucional?

Sí, debería ser una denuncia general. No puede ser que una persona no pueda abortar en su hospital de barrio y tenga que desplazarse a una clínica privada que no conoce.

¿Cómo reaccionan las mujeres ante esta situación?

Cuando acuden al ASSIR, informamos de la situación, pero no siempre es necesario explicar el caso de Sant Pau en ese momento.

Sí que ocurre que algunas mujeres acuden a urgencias y allí les dicen que no pueden hacerlo.

8.4. Entrevista a Persona 4 – Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

¿Cómo se estructura actualmente la atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro del sistema sanitario público catalán?

En Cataluña, la interrupción voluntaria del embarazo forma parte del sistema público de salud como un derecho garantizado. No es un servicio aislado, sino una atención que se organiza a través de una red diseñada para acompañar a cada persona en este proceso con seguridad y respeto.

En este recorrido, los ASSIR suelen ser el primer punto de contacto. Es allí donde se realiza una primera valoración y, sobre todo, donde se ofrece información clara y cercana. Además, desde los ASSIR se coordina la derivación hacia el recurso más adecuado, si es necesario, teniendo en cuenta factores como las semanas de gestación, el método más indicado o preferido y la situación clínica.

Además de los ASSIR, el modelo integra centros hospitalarios del sistema público y, cuando es necesario, centros específicos concertados para la realización de la IVE con financiación pública. Es decir, no se basa en un único tipo de centro, sino en una red coordinada de dispositivos asistenciales.

La idea de fondo es clara: garantizar una atención accesible, gratuita, confidencial y dentro de los plazos legales, situando siempre en el centro las necesidades y el bienestar de cada persona.

¿Qué papel tienen los centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) en la prestación de la IVE?

Los ASSIR tienen un papel clave dentro de todo el circuito y son mucho más que un simple punto de entrada. Según el protocolo, son la puerta de acceso al sistema sanitario para las mujeres que solicitan una IVE, a través de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de la red de atención primaria.

Cuando una mujer realiza esta solicitud, el proceso se activa rápidamente: se le ofrece una visita con la llevadora de su ASSIR de referencia con carácter preferente, normalmente en menos de una semana. Este primer contacto es especialmente importante, ya que no se trata solo de informar, sino de hacerlo en un espacio donde la persona se sienta segura, escuchada y respetada.

Durante esta visita, la llevadora explica con claridad las opciones disponibles según la edad gestacional, resuelve dudas y acompaña en la toma de decisiones. Además, si es necesario, se realiza la derivación al dispositivo ASSIR o al centro de referencia correspondiente, donde se programará la visita con ginecología.

Pero su función va mucho más allá. Los ASSIR también ofrecen una atención integral: tienen en cuenta los antecedentes médicos, la situación psicosocial y posibles situaciones de vulnerabilidad. De hecho, pueden detectar riesgos como la violencia de género o la necesidad de apoyo psicológico o social, y orientar sobre anticoncepción tras el proceso.

En definitiva, no son solo un trámite administrativo, sino un espacio de acogida y acompañamiento donde se proporciona información, se realiza una valoración global y se vela por que todo el proceso se viva con el máximo apoyo y respeto.

Cataluña presenta niveles elevados de IVE realizadas dentro del sistema público. ¿Qué elementos organizativos considera clave para haber alcanzado este nivel de accesibilidad?

Uno de los primeros puntos clave es la incorporación de la IVE como una prestación planificada dentro de la cartera pública del CatSalut, ya desde el año 2010. Esto marcó un antes y un después, porque permitió ordenar los circuitos y garantizar que la prestación se pudiera ofrecer con financiación pública, conectando de manera más coherente los ASSIR, los hospitales y las clínicas concertadas.

Otro elemento importante es la implantación de la IVE farmacológica en el ámbito de la atención primaria y comunitaria. De hecho, Cataluña fue pionera en este paso, y esto se ha traducido en una atención mucho más cercana y accesible. Este punto no es menor: poder atender desde el territorio facilita que muchas mujeres vivan el proceso con más comodidad y menos desplazamientos.

Si miramos los datos de 2024, se ve claramente este esfuerzo sostenido. El 83,9% de las IVE se financiaron con fondos públicos, una cifra que se mantiene estable respecto al año anterior. Además, destaca el papel de los ASSIR, que asumieron el 42,1% de las intervenciones. Los centros extrahospitalarios (clínicas privadas contratadas por el CatSalut) realizaron el 45,5%, mientras que los hospitales se situaron en el 12,4%.

Todo ello dibuja un modelo bastante estructurado. La financiación pública consolidada, la puerta de entrada territorializada a través de los ASSIR, los circuitos de derivación bien definidos y la contratación de centros específicos para complementar la capacidad asistencial son piezas que encajan entre sí. Y, además, se suma una incorporación progresiva de esta actividad dentro de los centros del SISCAT, que refuerza aún más la integración del servicio dentro del sistema público.

¿Cómo se articula la red territorial para garantizar que el acceso sea equitativo en todo el territorio catalán?

La red territorial se organiza a partir de la coordinación entre ASSIR, hospitales y centros contratados, tejiendo un circuito que, en el fondo, busca que nadie se quede atrás. Ahora bien, hablar de equidad territorial no significa que todos los centros ofrezcan todos los tipos de IVE. Más bien significa que cualquier mujer, viva donde viva, pueda acceder a la prestación en condiciones similares, sin que el lugar de residencia marque diferencias injustas.

El protocolo pone mucho énfasis en que la clave es la coordinación entre dispositivos. Solo así se puede garantizar que tanto la IVE farmacológica como la quirúrgica sean realmente accesibles. Y es que, en la práctica, hay factores que pueden complicar este acceso y es necesario tenerlos en cuenta para que el derecho no se quede solo sobre el papel.

Con todo, la realidad muestra algunos matices. La red territorial parece responder mejor en el caso de la IVE farmacológica, probablemente porque está más integrada en la atención primaria y es más fácil de desplegar en el territorio. En cambio, en las técnicas quirúrgicas aún hay recorrido por hacer. Y es aquí donde se hace más evidente que, a pesar de los avances, la equidad territorial sigue siendo un reto vivo que requiere ajustes y mejoras constantes.

¿Qué recursos (humanos, materiales y formativos) son necesarios para asegurar un acceso real dentro del sistema público?

Para que el acceso a la IVE sea real y no solo teórico, hacen falta recursos, y sobre todo personas preparadas. Hablamos de matronas, ginecólogos y ginecólogas, enfermeras, personal administrativo... pero también de profesionales de trabajo social y de apoyo psicológico cuando la situación lo requiere. Y es que, como ya prevé el protocolo, no se trata solo de atender una demanda clínica, sino de saber detectar momentos de

vulnerabilidad, ambivalencias emocionales, miedo, angustia o incluso situaciones de violencia machista. Cuando esto ocurre, es clave poder ofrecer acompañamiento y derivar a los recursos adecuados.

Ahora bien, los recursos humanos no lo son todo. También es necesario disponer de espacios que garanticen la intimidad —un aspecto esencial y, demasiado a menudo, infravalorado—, así como de equipamientos y medios materiales adecuados. Desde ecografías y pruebas complementarias, hasta la medicación para la IVE farmacológica o el equipamiento necesario para la práctica instrumental. Además, es importante contar con circuitos de urgencia bien definidos, sistemas de consulta telefónica y mecanismos que permitan realizar un seguimiento posterior con garantías.

En cuanto a la formación, aquí hay otro pilar fundamental. Los y las profesionales deben conocer bien el marco legal, los criterios clínicos según las semanas de gestación, los diferentes métodos y la gestión de posibles complicaciones. También deben saber cómo abordar el consentimiento informado, cómo atender a menores y personas en situación de vulnerabilidad, y cómo ofrecer una atención basada en derechos, libre de estigmas.

En el caso concreto de la IVE farmacológica, el protocolo es muy claro y pone el foco en la información que se da: explicar bien los fármacos, cómo actúan, qué efectos adversos pueden aparecer y cómo será el proceso de expulsión. También es esencial dar instrucciones precisas sobre la autoadministración y dejar claro en qué casos hay que consultar. Porque, al final, una buena información no solo da seguridad, sino que también acompaña y empodera.

¿Qué principales dificultades han encontrado a la hora de integrar la IVE dentro de la sanidad pública?

Las dificultades que se encuentran hoy en día no son tanto teóricas como prácticas, y tienen que ver sobre todo con cómo se organiza y se despliega la prestación en el territorio. A pesar de que la IVE está reconocida dentro del sistema público, hacerla efectiva en el día a día requiere circuitos que funcionen, profesionales formados, agendas con disponibilidad real, buena coordinación entre niveles asistenciales y, sobre todo, capacidad para garantizar la atención dentro de los plazos establecidos. Y esto, en la práctica, no siempre es tan sencillo como puede parecer sobre el papel.

Uno de los puntos más delicados es la desigualdad territorial en algunos procedimientos. Los datos muestran que la IVE farmacológica está bastante bien resuelta en todo el

territorio, lo que facilita un acceso más cercano y ágil. En cambio, la IVE quirúrgica todavía depende, en algunos casos, de la derivación a otras regiones sanitarias. Esto puede implicar desplazamientos y, en consecuencia, hacer más complejo un proceso que ya de por sí puede ser emocionalmente intenso. Se sigue trabajando en la incorporación de los hospitales públicos a esta prestación, que se está realizando de forma progresiva, no siempre al ritmo deseado.

En el fondo, todo ello apunta a un mismo reto: conseguir que el derecho reconocido se traduzca, de manera homogénea, en una experiencia accesible, cercana y libre de obstáculos para todas las mujeres, vivan donde vivan.

¿Cómo se gestiona la objeción de conciencia del personal sanitario en Cataluña en relación con la IVE?

En Cataluña, la objeción de conciencia en el marco de la IVE se gestiona de manera regulada a través del Registro de profesionales sanitarios objetores en la intervención directa, establecido por el Decreto 107/2024, de 11 de junio.

Este decreto se enmarca en la Ley Orgánica 1/2023, que refuerza el derecho de acceso a la IVE y, al mismo tiempo, reconoce la objeción de conciencia como una decisión individual de los y las profesionales directamente implicados en la práctica. Sin embargo, este derecho debe declararse previamente y por escrito, y en ningún caso puede poner en riesgo el acceso a la prestación por parte de las mujeres y otras personas gestantes. Es decir, se busca un equilibrio entre el derecho individual del profesional y el derecho a la atención.

En este contexto, el registro tiene sobre todo una función práctica. Lejos de ser solo un trámite administrativo, permite conocer con antelación cuál es la disponibilidad real de profesionales y, a partir de ahí, organizar los servicios con criterio. De hecho, es una herramienta clave para planificar y garantizar que el acceso a la IVE sea efectivo y en el momento necesario, evitando que la objeción se convierta en un obstáculo en el circuito asistencial.

En la práctica, ¿la objeción de conciencia ha supuesto una limitación real para el acceso a la IVE? ¿Conoce algún caso concreto? ¿Ha detectado alguna otra barrera estructural que impacte en la equidad territorial a la hora de practicar la IVE?

La objeción de conciencia gestionada de manera regulada a través del Registro de profesionales sanitarios objetores de la intervención directa, establecido por el Decreto

107/2024, de 11 de junio, no supone una limitación; todo lo contrario, supone una herramienta de gestión de los recursos para garantizar que la prestación de la IVE no quede limitada en un centro por la objeción de conciencia.

No puedo dar detalles de casos concretos por la protección de la confidencialidad del registro de profesionales objetores. Aunque sí sabemos que los centros organizan sus servicios para dar cobertura a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo en su territorio de referencia.

¿Considera que el registro de profesionales objetores es una herramienta eficaz para garantizar la prestación del servicio?

Sí, se trata de una herramienta eficaz para garantizar la prestación del servicio. El Decreto 107/2024 establece que una de las finalidades del registro es facilitar a los responsables de los centros los datos necesarios para programar la actividad y facilitar a las unidades de planificación sanitaria y al CatSalut información sobre el número de profesionales objetores en cada centro, con el objetivo de garantizar la prestación con criterios de igualdad, equidad y calidad asistencial.

¿Cómo funcionan los protocolos de derivación dentro del sistema público en Cataluña?
¿En qué casos se recurre a centros privados y en qué condiciones?

El circuito se inicia en el ASSIR. La mujer es atendida con cita preferente, la matrona informa sobre las opciones disponibles según la edad gestacional, resuelve dudas y acompaña en la decisión de la mujer.

La IVE farmacológica se puede realizar en el ASSIR hasta las 9 + 6 semanas; de las 10 a las 14 semanas se prevé el entorno hospitalario.

La IVE quirúrgica o instrumental se debe realizar en el entorno hospitalario de la red del SISCAT. Como ya he mencionado anteriormente, se recurre a centros privados contratados por el CatSalut para la realización de la IVE cuando no se puede asumir por el centro hospitalario de referencia territorial o por decisión de la mujer.

¿Cómo se evita que las derivaciones generen desigualdades o retrasos en el acceso?

Para evitar desigualdades, es importante que el ASSIR actúe como puerta de entrada clara, que la visita inicial sea preferente, que se determine rápidamente el método ya

sea por preferencia de la mujer o por indicación clínica y que la derivación se realice al recurso adecuado.

Desde su experiencia, ¿qué diferencias principales observa entre Cataluña y otras comunidades autónomas en la prestación de la IVE?

En comparación con otras comunidades autónomas, la principal diferencia es que Cataluña ha consolidado un modelo con un peso muy elevado del financiamiento público, una red ASSIR accesible en todo el territorio y una presencia importante de la IVE farmacológica en el ámbito comunitario, ampliando su cobertura hasta las 14 semanas de gestación.

Según datos del Ministerio de Sanidad del año 2024, Cataluña fue la comunidad donde más centros notificaron la realización de IVE, con un total de 83 centros, seguida de la Comunidad Valenciana con 27 centros.

1¿A qué cree que se deben estas diferencias: organización del sistema, voluntad política, recursos disponibles u otros factores?

Las diferencias probablemente responden a una combinación de factores. La organización del sistema es determinante (protocolos, circuitos...), la voluntad política e institucional también es relevante, porque la ley puede reconocer el derecho, pero es necesario desarrollarlo con recursos.

¿Considera que algunas comunidades autónomas podrían estar incumpliendo la Ley Orgánica 1/2023 al no disponer del registro de objetores de conciencia?

La Ley Orgánica 1/2023 refuerza la garantía de acceso a la IVE y regula la objeción de conciencia para que esta no limite el acceso efectivo a la prestación. El Decreto 107/2024 recuerda que el artículo 19 ter de la Ley Orgánica 2/2010, introducido por la Ley Orgánica 1/2023, prevé que cada comunidad autónoma cree un registro de personas objetoras de conciencia con finalidades organizativas y de garantía de derechos.

Por lo tanto, si una comunidad autónoma no dispone de este registro o no tiene ningún mecanismo efectivo equivalente que permita planificar la prestación, podría estar dificultando el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la norma.

¿Qué mecanismos debería tener el Estado para asegurar su cumplimiento en todo el territorio?

El Ministerio de Sanidad ya dispone de una estadística estatal anual de la IVE, que tiene entre sus objetivos caracterizar a las mujeres que recurren a la IVE, describir las características del servicio, identificar áreas con mayor demanda y servir de base para la planificación asistencial y los programas de promoción de la salud.

El objetivo no debería ser solo comprobar si las comunidades cumplen la ley, sino verificar que la IVE es accesible de manera real, segura, gratuita y equitativa en todo el territorio.