



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS PENDIENTES

**INFORME DE RESULTADOS DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DESIVE**



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS PENDIENTES

**INFORME DE RESULTADOS DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DESIVE**

Autoría y edición:

Aidée Baranda Ortiz
Pilar Casabona Marín
Ana Patricia Crespo-Rodríguez
Chiara Dello Iacono
Alba Teresa González-Esteban
Nazareth Gallego-Morón
Julia Martínez Alonso
Estrella Montes-López
Mikolaj Stanek

Datos de contacto:

Proyecto DESIVE
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Salamanca
Campus Miguel de Unamuno,
P.º Francisco Tomás y Valiente, s/n,
37007 Salamanca
e-mail: desive@usal.es

Este informe ha sido realizado en el marco del proyecto “Desigualdades sociales en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo DESIVE” [I+D+i PID2021-128108OB-I00], dirigido por Mikolaj Stanek y desarrollado en la Universidad de Salamanca, en el marco del programa Proyectos de Generación de Conocimiento 2021 financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades / Agencia Estatal de Investigación 10.13039/501100011033, y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER): “Una manera de hacer Europa”.

ISBN: 978-84-128284-4-3

Deposito legal: S 359-2025

Salamanca 2025



CONTENIDO

RESULTADOS DESTACADOS.....	5
KEY FINDINGS	7
RESUMEN DE LAS PROPUESTAS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	9
SUMMARY OF POLICY PROPOSALS	10
AGRADECIMIENTOS.....	11
INTRODUCCIÓN.....	13
NOTA TERMINOLÓGICA	15
FUENTES DE DATOS Y MÉTODOS	18
Datos estadísticos	18
Datos y análisis cualitativos.....	19
EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DEL ABORTO EN ESPAÑA	21
DINÁMICAS RECIENTES DEL ABORTO EN ESPAÑA A PARTIR DE DATOS ESTADÍSTICOS (2011-2023)	24
La evolución del aborto en España	24
Características de las mujeres que acceden a la IVE.....	26
La accesibilidad del aborto.....	31
LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES QUE HAN AFRONTADO UNA IVE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS 37	37
El origen del embarazo.....	37
La detección del embarazo	39
La noticia del embarazo	41
La toma de decisión	43
El acceso a la IVE	46
El procedimiento de la IVE	49
El impacto posterior de la IVE	54
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXO	68

RESULTADOS DESTACADOS

- ❖ En el periodo 2011-2023 se observa una variabilidad en números absolutos de IVE, con un máximo de algo más de 100.000 en 2012 y un mínimo de 80.000 en 2021, seguido de un repunte sostenido en los años posteriores.
- ❖ No obstante, en términos relativos, la tasa de abortos voluntarios (número de IVE por cada 1.000 embarazos registrados) muestra una tendencia creciente desde 2014, alcanzando un valor de 227,2 en 2023. Esto indica que más del 20 % de los embarazos conocidos finalizaron en una interrupción voluntaria ese año.
- ❖ Las mujeres que recurren con mayor frecuencia a la IVE son jóvenes menores de 25 años, sin pareja, con bajo nivel educativo y de origen migrante, especialmente latinoamericano y subsahariano, poniendo en relieve la importancia de las desigualdades sociales en las trayectorias reproductivas.
- ❖ Aunque las interrupciones voluntarias tardías —las producidas a partir de la duodécima semana de gestación— han disminuido en los últimos años, siguen siendo una cuestión relevante para la salud pública.
- ❖ El origen del embarazo no deseado se relaciona con fallos en los métodos anticonceptivos, con su uso incorrecto o con la ausencia de su empleo.
- ❖ La oferta de métodos anticonceptivos no siempre responde de forma adecuada a las necesidades específicas de cada mujer.
- ❖ La detección temprana del embarazo amplía el margen para decidir continuar o no con la gestación y facilita el acceso a los servicios de IVE, siendo el conocimiento del propio cuerpo un factor decisivo en este proceso.
- ❖ La decisión de interrumpir un embarazo está influida por factores personales, económicos y de pareja. La IVE se considera una opción para posponer, espaciar o evitar la maternidad, según las circunstancias personales de las mujeres.
- ❖ La escasa oferta de servicios de aborto no cubre las necesidades de muchas mujeres, lo que las obliga a desplazarse a otras provincias para acceder a este derecho.
- ❖ Persisten marcadas desigualdades territoriales en el acceso al aborto dentro del sistema de salud en España. En 2023, varias provincias carecían de centros

disponibles, mientras que sólo unas pocas —como Cataluña, País Vasco y Navarra— superaban los tres centros por cada 100.000 mujeres en edad fértil.

- ❖ El acceso a los servicios de aborto se ve limitado por diversas barreras, como la falta de información y orientación sobre la IVE, además de otros obstáculos institucionales. Estas generan estrés en las mujeres y pueden impedir realizar la IVE dentro del plazo legal.
- ❖ La calidad de la atención sociosanitaria en todo el procedimiento de la IVE —en la atención previa, en la propia intervención y durante el seguimiento posterior— condiciona la experiencia de las mujeres.
- ❖ El impacto posterior de la IVE, debido a la experiencia vivida durante el proceso, se refleja en diversas consecuencias físicas, emocionales y psicológicas, sexuales, relaciones y sociales.

KEY FINDINGS

- ❖ Between 2011 and 2023, the absolute number of voluntary terminations of pregnancy (VTP) fluctuated, peaking at just over 100,000 in 2012 and reaching a low of 80,000 in 2021, followed by a steady increase in subsequent years.
- ❖ The VTP rate (abortions per 1,000 registered pregnancies) has shown a rising trend since 2014, reaching 227.2 in 2023. This indicates that over 20% of known pregnancies ended in abortion that year.
- ❖ Women most likely to undergo VTP are under 25, single, have low educational attainment, and are migrants—particularly from Latin America and Sub-Saharan Africa—highlighting the role of social inequality in reproductive trajectories.
- ❖ Although late-term abortions—those performed after the eleventh week of gestation—have declined in recent years, they remain a significant public health concern.
- ❖ Unintended pregnancies are often linked to contraceptive failure, incorrect use, or non-use.
- ❖ The current contraceptive provision does not always adequately meet women's individual needs.
- ❖ Early pregnancy detection extends the decision-making window and facilitates access to VTP services, with body awareness playing a critical role.
- ❖ Decisions to terminate a pregnancy are shaped by personal, economic, and relational factors. VTP is often viewed as a means to postpone, space, or avoid motherhood, depending on women's circumstances.
- ❖ The limited availability of abortion services fails to meet demand, forcing many women to travel to other provinces to exercise this right.
- ❖ There are persistent territorial disparities in access to abortion within Spain's public healthcare system. In 2023, several provinces had no available centres, while only a few—such as Catalonia, the Basque Country, and Navarre—exceeded three centres per 100,000 women of reproductive age.

- ❖ Access is hindered by various barriers, including lack of information, insufficient guidance, and institutional obstacles. These contribute to stress and may prevent timely access within the legal timeframe.
- ❖ The quality of care throughout the VTP process—from pre-abortion counselling to post-procedure follow-up—significantly shapes women's experiences.
- ❖ The experience of VTP can have lasting physical, emotional, psychological, sexual, relational, and social impacts.

RESUMEN DE LAS PROPUESTAS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ Asegurar el acceso gratuito a una oferta amplia y diversa de métodos anticonceptivos seguros, adaptada a las distintas necesidades y preferencias de las mujeres.
- ❖ Promover una educación sexual integral como herramienta clave para fomentar el conocimiento sobre el propio cuerpo, la fertilidad y métodos anticonceptivos.
- ❖ Impulsar políticas orientadas a la detección temprana del embarazo y a promover servicios de planificación familiar adaptados a las necesidades de las mujeres.
- ❖ Mejorar la formación del personal sociosanitario y garantizar que las mujeres reciban información clara, veraz y libre de estigmas sobre sus opciones reproductivas.
- ❖ Garantizar la disponibilidad territorial y el acceso universal a centros especializados en interrupción voluntaria del embarazo, asegurando su prestación gratuita en todo el sistema sanitario público.
- ❖ Mejorar la coordinación entre atención primaria, centros de planificación familiar y centros hospitalarios.
- ❖ Eliminar las barreras administrativas que retrasan la atención e interfieren con la conciliación del proceso de IVE con la vida personal y laboral de las mujeres.
- ❖ Garantizar la conciliación del ejercicio del derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario con la garantía de un acceso efectivo, equitativo y sin demoras a la interrupción voluntaria del embarazo en todo el territorio español.
- ❖ Desarrollar e implementar un sistema de acompañamiento post-aborto que incluya atención psicológica y garantice la continuidad del cuidado en salud sexual y reproductiva.

SUMMARY OF POLICY PROPOSALS

- ❖ Ensure free access to a broad and diverse range of safe contraceptive methods, tailored to the different needs and preferences of women.
- ❖ Promote comprehensive sex education as a key tool to foster holistic knowledge about the body, fertility, and contraception.
- ❖ Advance policies aimed at early pregnancy detection and the provision of family planning services adapted to women's needs.
- ❖ Improve the training of social and healthcare professionals and ensure that women receive clear, accurate, and stigma-free information about their reproductive options.
- ❖ Guarantee territorial availability and universal access to specialized centers for voluntary termination of pregnancy, ensuring free provision across the entire public healthcare system.
- ❖ Enhance coordination between primary care, family planning centers, and hospitals.
- ❖ Remove administrative barriers that delay care and interfere with women's ability to reconcile the abortion process with their personal and professional lives.
- ❖ Ensure that the right to conscientious objection by healthcare staff is compatible with effective, equitable, and timely access to abortion services throughout the country.
- ❖ Develop and implement a post-abortion support system that includes psychological care and ensures continuity in sexual and reproductive healthcare.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin la valiosa colaboración de entidades y personas que han acompañado el desarrollo del proyecto en distintas fases. En particular, agradecemos el apoyo de organizaciones del tercer sector comprometidas con los derechos de las mujeres, como:

- La Asociación de Ayuda a la Mujer Plaza Mayor de Salamanca, la Federación de Mujeres Progresistas de Castilla y León o la Unión de Asociaciones Familiares y, de manera destacada, a su presidenta Ascensión Iglesias Redondo.
- La Asociación Salud y Familia y, con especial reconocimiento, a su directora general Elvira Méndez Méndez.
- L'associació Drets Sexuals i Reproductius [Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos] y su proyecto Quieroabortar.org.

También ha sido fundamental contar con el asesoramiento de expertas con amplia trayectoria en la materia: doctora Xiana Bueno-García (Indiana University Bloomington), profesora Agata Ignaciuk (Universidad de Granada) y profesora Montserrat Alonso Sardón (Universidad de Salamanca). Su mirada crítica y generosa ha enriquecido nuestras reflexiones y ha contribuido a afinar el enfoque metodológico y analítico del proyecto.

Asimismo, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a las 30 mujeres que generosamente participaron en este estudio y compartieron sus experiencias personales relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo. Muchas de ellas rememoraron momentos cargados de dificultad y vulnerabilidad, y lo hicieron con una valentía admirable. Su confianza y disposición para relatar vivencias íntimas y, en ocasiones, dolorosas, han sido esenciales para dar sentido a este proyecto.

También queremos reconocer el apoyo de todas las personas y entidades que difundieron la investigación a través de redes sociales y otros canales, permitiendo que finalmente pudiéramos acceder a las participantes.

Por último, agradecemos también a diferentes instituciones por habernos permitido hacer entrevistas en sus espacios. Además de a la Universidad de Salamanca,

agradecemos el apoyo al Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats [Centro Joven de Atención a las Sexualidades, CJAS], al Conseyu de la Mocedá de Xixón [Consejo de la Juventud de Gijón], a la Universitat Autònoma de Barcelona, a la Universidad Carlos III de Madrid, a la Universidad de Cádiz, a la Universidad de Sevilla, a la Universidad de Oviedo, a la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y a la Universidad de Valladolid.

Aun agradeciendo el apoyo recibido, es el equipo investigador quien asume en exclusiva la responsabilidad por los resultados y las interpretaciones aquí presentadas. Confiamos en que este informe contribuya a una comprensión más profunda de un fenómeno complejo y sirva para orientar y mejorar las políticas y prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en España.

INTRODUCCIÓN

El acceso a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) segura y legal es una pieza clave en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, con implicaciones en la salud individual, la salud pública y el bienestar social. A nivel individual, la posibilidad de decidir sobre la propia reproducción permite a las mujeres ejercer control sobre sus trayectorias vitales, evitando embarazos no deseados que puedan interrumpir proyectos educativos, laborales o personales. En este sentido, el acceso al aborto legal y seguro desvincula las decisiones reproductivas de las decisiones sexuales y vitales, favoreciendo así la autonomía de las mujeres (Frederiksen, 2021; Lerner, 1986).

Desde una perspectiva de salud pública, el aborto seguro constituye un indicador fundamental de la calidad de los sistemas de salud reproductiva (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). No obstante, a pesar de los avances normativos, persisten desigualdades estructurales en el acceso y las condiciones en las que se produce la IVE, que a menudo reflejan inequidades vinculadas al estatus socioeconómico de las mujeres (Pérez et al., 2019). Estas diferencias influyen tanto en el uso de anticonceptivos como en los contextos en los que ocurren embarazos no deseados, lo cual afecta especialmente a mujeres con menores recursos y acceso limitado a información y servicios (Iseyemi et al., 2017; Rossier et al., 2007).

Por otro lado, en el ámbito social, la IVE permanece como un tema de debate cultural y político (Capodiferro, 2016; Orjuela-Ramírez, 2012). El estigma persistente en algunos ámbitos sociales y los sistemas normativos que regulan la regulan los derechos sexuales y reproductivos continúan condicionando tanto las decisiones individuales como los discursos públicos sobre el aborto (López, 2015). En consecuencia, es necesario entender la IVE como un fenómeno social complejo, que trasciende el ámbito clínico para entrelazarse con normas de género y procesos de desigualdad estructural (Ferrer y Solsona, 2018b; Rossier, 2003).

Aunque existe abundante literatura sobre el aborto desde perspectivas jurídicas, médicas o éticas, siguen faltando estudios que aborden de manera integrada la experiencia del aborto como un proceso complejo, en el que intervienen factores emocionales, sociales, económicos y culturales. En particular, es escasa la evidencia empírica sobre cómo las desigualdades socioeconómicas condicionan todo el recorrido

desde el inicio del embarazo hasta su interrupción. Este informe tiene como objetivo abordar dicha carencia a través de un análisis integral de las condiciones en las que las mujeres viven la experiencia de la IVE.

El informe que tiene Vd. en sus manos es resultado del proyecto Desigualdades sociales en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (DESIVE) [I+D+i PID2021-128108OB-I00], desarrollado entre 2022 y 2026 en la Universidad de Salamanca. Este forma parte del programa Proyectos de Generación de Conocimiento 2021 y ha sido financiado por los fondos del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, la Agencia Estatal de Investigación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER): “Una manera de hacer Europa”. El objetivo general ha sido analizar, de forma rigurosa y detallada, las desigualdades que existen en el acceso a la IVE en España. Además del equipo de la Universidad de Salamanca, ha participado en este proyecto personal investigador de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), de la Universidad de Estocolmo / Instituto Karolinska, de la Texas Tech University (EE.UU.) y de Population Europe.

A partir de los resultados obtenidos, este informe ofrece una visión integral del acceso a la IVE en España, examinando la evolución del marco legal, las desigualdades territoriales en la provisión del servicio, los factores socioeconómicos que inciden en su uso y las vivencias de las mujeres que han atravesado este proceso. También se documentan las barreras legales, institucionales y culturales que condicionan el ejercicio efectivo de este derecho, así como los efectos que el proceso tiene sobre la salud física, emocional, sexual y relacional de las mujeres, señalando propuestas de mejora para garantizar una atención equitativa, accesible y digna.

NOTA TERMINOLÓGICA

Aborto inducido: es la interrupción del embarazo practicada por personal sanitario cualificado y en centros acreditados, dentro de los plazos y condiciones establecidos por la ley. Según la legislación española vigente (Ley Orgánica 2/2010) el aborto inducido puede realizarse a petición de la mujer hasta la semana 14 de gestación, y hasta la semana 22 en casos de grave riesgo para la vida o la salud de la mujer o de anomalías fetales graves.

Aborto tardío: interrupción del embarazo que tiene lugar entre la decimosegunda y la vigesimosegunda semana de gestación. En este estudio se entiende el aborto tardío como la IVE producida a partir de la decimosegunda semana y hasta la decimocuarta, ambas incluidas, que responde a una decisión libre y no motivada por complicaciones médicas. Los procedimientos para su práctica son más complejos, ya que requieren mayor supervisión médica debido al desarrollo avanzado del feto. Además, puede implicar un mayor coste económico y tiene un mayor impacto en el bienestar físico y emocional de las mujeres.

Centro sanitario público: instalación o infraestructura financiada con fondos públicos, como un hospital o centro de salud, que ofrece servicios de IVE gratuitos para las mujeres que los soliciten.

Centro privado acreditado con financiación pública: instalación o infraestructura de titularidad privada acreditada por las autoridades sanitarias para realizar IVE y que, mediante convenios con el sistema público, atiende a mujeres derivadas desde la sanidad pública. En estos casos, el procedimiento está cubierto con fondos públicos y no tiene coste para la usuaria.

Centro privado acreditado sin financiación pública: instalación o infraestructura de titularidad privada que cuenta con la acreditación para ofrecer servicios de IVE. En este caso las mujeres acceden directamente por iniciativa propia sin derivación desde el sistema público, por lo que deben asumir el coste económico total del procedimiento.

Estigma del aborto: conjunto de creencias, valores y actitudes que rechazan el aborto al considerarlo moralmente incorrecto o socialmente inaceptable. Esta percepción genera un trato desigual, despectivo o discriminatorio hacia las mujeres que

interrumpen voluntariamente su embarazo, hacia el personal que brinda estos servicios y hacia quienes defienden el derecho a decidir.

Interrupción del embarazo por causas médicas: interrupción del embarazo legalmente permitida hasta la vigésimo segunda semana de gestación o en cualquier momento si un comité clínico lo autoriza, debido a causas médicas que pongan en grave riesgo la vida o salud de las mujeres, o si el feto presenta graves anomalías o una enfermedad grave e incurable en el momento del diagnóstico. En ambos casos debe existir un dictamen previo emitido por dos médicos/as especialistas distintos/as a quien lo realice.

Interrupción voluntaria del embarazo: interrupción del embarazo legalmente permitida dentro de las primeras catorce semanas de gestación por decisión libre, consciente y responsable de las mujeres. En España no se requiere justificación ni requisitos adicionales y se reconoce que estas decisiones deben ser aceptadas y respetadas por terceros.

Método farmacológico: procedimiento para interrumpir un embarazo que se realiza generalmente entre la quinta y novena semana de gestación mediante el uso de diferentes medicamentos, principalmente mifepristona y misoprostol. Estos fármacos provocan la expulsión del feto y el tejido de la placenta.

Método quirúrgico: procedimiento para interrumpir un embarazo mediante aspiración o legrado (o la combinación de ambos). Consiste en extraer el contenido del útero por vía vaginal después de dilatar el cuello uterino y se realiza en un centro sanitario bajo supervisión médica. Para realizar estas técnicas se emplea anestesia local, sedación o anestesia general.

Objeción de conciencia: el derecho individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo a abstenerse de participar en este procedimiento por motivos de conciencia. Para ejercer este derecho, debe manifestarse de forma previa y por escrito, quedando inscrito en un registro específico, sin que ello pueda afectar al acceso ni a la calidad de la prestación, que el sistema sanitario está obligado a garantizar.

Violencia obstétrica: en este informe se entiende la violencia obstétrica en el contexto de la IVE como cualquier acto u omisión de los servicios de salud que limite o impida el

ejercicio pleno del derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo. Se trata de una vulneración de derechos que puede ocurrir antes, durante o después del procedimiento y que afecta la autonomía, dignidad e integridad física y moral de las mujeres. Esta forma de violencia puede manifestarse a través de la falta de información, el retraso en la atención, el juicio moral, el trato deshumanizado o las negligencias, entre otros.

FUENTES DE DATOS Y MÉTODOS

Este informe se basa en una perspectiva metodológica mixta que combina el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, lo que resulta especialmente relevante en el estudio de la salud sexual y reproductiva. En el caso de la IVE, esta aproximación permite no solo identificar patrones y desigualdades estructurales, sino también comprender en profundidad las decisiones, vivencias y obstáculos que afrontan las mujeres, ofreciendo así una visión más completa y profunda del fenómeno.

El protocolo de esta investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Salamanca y cumplió con los requisitos éticos necesarios para su realización (número de registro 919; 14 de febrero de 2023).

Datos estadísticos

El análisis estadístico abarca el periodo 2011-2023 y se basa principalmente en la Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. De forma complementaria, se incorporaron los datos del Movimiento Natural de la Población (MNP) y los datos de Muertes Fetales Tardías (MFT), lo que ha permitido contextualizar las interrupciones del embarazo en relación con otros eventos como los nacimientos y las muertes perinatales, y ofrecer así una visión más integrada de las dinámicas reproductivas en la población.

La Estadística de Interrupciones Voluntarias de Embarazo es una fuente de datos gestionada por el Ministerio de Sanidad a partir de la información proporcionada por las comunidades autónomas. Estas últimas registran los datos sobre las IVE realizadas en centros sanitarios, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, públicos y privados, a mujeres residentes y no residentes en España. Cada interrupción voluntaria del embarazo debe ser notificada por el personal médico responsable a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma donde se realizó. Esta información se introduce en una aplicación en línea desarrollada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas, operativa desde 2011. Dado el carácter sensible de estos datos, tanto la identidad de las mujeres como la del centro donde se practicó el aborto se tratan de forma confidencial. Estos contienen los datos sociodemográficos de las mujeres (edad, nacionalidad, comunidad autónoma de residencia y nivel educativo), el historial reproductivo (número de embarazos previos y abortos anteriores), la

información sobre la intervención (fechas de alta, intervención y baja; motivo declarado; semana de gestación y método utilizado) y el centro donde se realizó (provincia, régimen y finalidad).

En segundo lugar, las Estadísticas del Movimiento Natural de la Población recogen información sobre nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en el territorio español. Su fuente principal son los Registros Civiles, que remiten mensualmente al Instituto Nacional de Estadística (INE) los boletines correspondientes a cada uno de estos eventos. Los microdatos de MNP están disponibles en la web del INE y contienen información sobre los nacimientos (vivos y muertos), los partos (fecha y lugar, nacimientos con o sin vida y tipo de parto), las características sociodemográficas y socioeconómicas de la madre (país de nacimiento, estado civil, edad, nivel educativo, situación laboral y número de hijos previos, entre otras), del padre (país de nacimiento, estado civil y situación laboral, entre otras) y del recién nacido (sexo, peso al nacer, edad gestacional y orden de nacimiento). Además, las estadísticas del MNP incluyen las estadísticas de las Muertes Fetales Tardías (MFT) que contienen las mismas variables que los registros de nacimiento.

Datos y análisis cualitativos

Este proyecto también emplea metodología cualitativa para profundizar en las dimensiones subjetivas, emocionales y contextuales de la IVE que no pueden captarse a través de los registros estadísticos. En concreto, se realizaron 30 entrevistas a mujeres que habían experimentado una IVE en España entre 2013 y 2023. Todas las participantes dieron su consentimiento informado escrito y verbal para ser entrevistadas y para que las entrevistas fueran grabadas antes de comenzar la recolección de datos.

Con objeto de diversificar la muestra, se buscaron diferentes perfiles en cuanto a la edad y el nivel de estudios en el momento de la IVE y a la comunidad autónoma donde se realizó el procedimiento. La media de edad de las mujeres entrevistadas en el momento de realización de la IVE era de 26,8 años. Más de la mitad eran menores de 26 años, un tercio tenía entre 26 y 35, y el resto superaba los 36 años. En lo que respecta al nivel educativo, el 60% contaba con estudios terciarios (universitarios o formación profesional de grado superior), aunque también participaron mujeres con niveles

medios (bachillerato o formación profesional de grado medio) y básicos (ESO o equivalentes). También se tuvieron en cuenta las diferencias territoriales en el acceso a la IVE. A partir de los datos procedentes de la Estadística de Interrupciones Voluntarias de Embarazo para el año 2021 (Ministerio de Sanidad, 2022), las regiones fueron clasificadas en tres grupos según el tipo de centro donde se practicaron las IVE -público o privado- y si contaban o no con financiación pública. Así, se procuró realizar entrevistas de forma equilibrada entre los grupos:

- El grupo 1 incluye las comunidades autónomas donde más del 60% de las IVE se llevaron a cabo en centros privados y fueron financiadas públicamente. De estas, se llevaron a cabo entrevistas en Andalucía, Asturias, Canarias, Extremadura, País Vasco y Valencia.
- El grupo 2 corresponde a las regiones en las que más del 40% de las IVE se practicaron en clínicas privadas sin financiación pública. En este caso, se hicieron entrevistas en Castilla y León.
- El grupo 3 incluye aquellas comunidades donde entre el 40% y el 60% de las IVE se llevaron a cabo en centros públicos y fueron financiadas públicamente. Así, se realizaron entrevistas en Cantabria, Cataluña e Islas Baleares.

Ante la dificultad de contactar con mujeres que se hubieran sometido a una IVE en los últimos años, se optó por una estrategia de captación basada en la difusión de un cartel informativo —con un formulario online— a través de redes sociales y entidades vinculadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. A las interesadas se les ofreció información detallada por correo electrónico y se realizó una llamada telefónica previa a la entrevista, en la que se resolvieron dudas y se fijó el encuentro. Las entrevistas, realizadas entre abril de 2023 y julio de 2024, duraron en torno a una hora, fueron grabadas con consentimiento informado y abordaron todo el proceso de la IVE, desde la detección del embarazo hasta sus consecuencias. Posteriormente, se transcribieron y analizaron a partir de un sistema de codificación basado fundamentalmente en literatura especializada, atendiendo a similitudes y diferencias entre las experiencias. Los hallazgos más significativos se recogen en este informe, ilustrados con citas textuales.

EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DEL ABORTO EN ESPAÑA

Hasta 1985, en España la interrupción voluntaria del embarazo era considerada delito (Pellico-López et al., 2022; Ruiz et al., 2008). Ese año, la *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal*, despenalizó el aborto en tres supuestos: grave peligro para la vida o la salud física o psicológica de la embarazada; que el embarazo fuera consecuencia de una violación —solo durante las doce primeras semanas— o graves malformaciones en el feto —siempre que se practicara en las veintidós primeras semanas de gestación—.

Posteriormente se promulgó la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso a estos servicios. En ella se estableció que cualquier mujer que lo solicitara podría interrumpir su embarazo dentro de las catorce primeras semanas de gestación siempre que se cumplieran dos requisitos: que hubiera recibido información sobre sus derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y que hubiera transcurrido un plazo de al menos tres días desde que se le brindara la información hasta que se realizara la intervención. Además, se reconoció el derecho a la interrupción del embarazo por causas médicas en las primeras veintidós semanas de gestación cuando existiera grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías en el feto; o en cualquier momento en el que un comité clínico certificara que el feto presenta anomalías incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable. Otro de los aspectos relevantes de la ley fue la consideración del aborto como un derecho fundamental, lo que supuso un avance importante hacia el reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva. Según esta ley, el Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, es el encargado de velar por la equidad en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010, se han promulgado dos normas que la modifican. 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* elevó la edad de consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo de los 16 a los 18 años. Esto permaneció vigente hasta que 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 recuperó el derecho de las menores a que, a partir de los 16 años, puedan abortar sin necesidad de consentimiento de sus progenitores. Esta norma, además, introduce otros cambios, entre los que destaca la supresión de los dos requisitos previamente exigidos para interrumpir el embarazo dentro de las primeras catorce semanas: la obligación de recibir información sobre los recursos del sistema de apoyo a la maternidad y el periodo de reflexión obligatorio de tres días.

Además, esta última reforma legislativa refuerza las medidas para garantizar el acceso a la prestación sanitaria pública para todas las mujeres, independientemente de su lugar de residencia. En este sentido, se establece que los poderes públicos deben asegurar una distribución geográfica adecuada, accesible y suficiente de los servicios de IVE. Esta necesidad responde a las desigualdades territoriales históricas en el acceso a la IVE, derivadas de la competencia de las comunidades autónomas en la organización y financiación de los servicios sanitarios, lo que determina el tipo de centro —hospitalario o extrahospitalario— y su titularidad —pública o privada—. Como consecuencia, se han generado notables disparidades en la provisión del servicio: en algunas regiones, durante un prolongado período de tiempo, no se ha practicado ninguna IVE en centros públicos. Para corregir estas situaciones, la normativa contempla que, si la administración sanitaria no puede garantizar la prestación en plazo, las mujeres tienen derecho a acudir a cualquier centro acreditado del país, asumiendo las autoridades sanitarias el coste de la intervención y los gastos asociados.

La ley también reconoce la IVE como un procedimiento sanitario de urgencia, dado que está sujeta a plazos específicos, lo que implica que debe ser atendida con prioridad para asegurar su acceso dentro del tiempo establecido. Esta prestación se realiza en centros de la red sanitaria pública u otros vinculados a ella, en los que se deben proporcionar los medios necesarios para su realización de acuerdo con los requisitos sanitarios de cada método que, dependiendo de la semana de gestación del feto, puede ser farmacológico o quirúrgico.

Otra de las novedades de la ley es la creación de un registro de personal sanitario objeto de conciencia para garantizar la seguridad jurídica y el derecho tanto de las mujeres que

desean interrumpir voluntariamente su embarazo como del personal sanitario que, por motivos personales o de conciencia, decide no participar en este tipo de intervenciones. Así, la ley establece que la objeción debe declararse con antelación y por escrito para que haya personal disponible para llevar a cabo la prestación del servicio. No obstante, a mediados de 2025, solo algunas comunidades autónomas habían cumplido con la obligación de implementar dicho registro.

DINÁMICAS RECIENTES DEL ABORTO EN ESPAÑA A PARTIR DE DATOS ESTADÍSTICOS

La evolución del aborto en España

Como se indica en la sección anterior, desde 2010 la legislación española reconoce el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación, garantizando su derecho a decidir de manera libre e informada en este periodo. Más allá de este plazo, el aborto solo está permitido por razones médicas justificadas.

El Gráfico 1 muestra la evolución de las interrupciones de embarazo en España entre 2011 y 2023, diferenciando entre las voluntarias y las motivadas por causas médicas, así como la proporción que representan las primeras sobre el total. En este periodo, el número total de interrupciones ha oscilado entre 80.000 y 105.000 anuales, con un descenso entre 2013 y 2016, seguido de un ligero repunte en los años posteriores. El menor número de abortos se registró entre 2020 y 2021, posiblemente como consecuencia de las restricciones de acceso a la IVE durante la pandemia de la COVID-19. Cabe destacar el aumento significativo de los abortos voluntarios en 2022 y 2023. En contraste, las interrupciones por otras causas han disminuido progresivamente, incrementando así el peso relativo de las IVE sobre el total.

El Gráfico 2 muestra la evolución de la tasa de IVE sobre el total de resultados gestacionales —que incluyen nacimientos, interrupciones de embarazo por motivos médicos y muertes fetales tardías— entre mujeres en edad reproductiva (15-44 años) en España, durante el periodo 2011-2023. Entre 2011 y 2016 se observa una tendencia descendente, con una disminución de la tasa de 178,9 a 164,7 por cada 1.000 embarazos, lo que indica una menor proporción de embarazos que finalizaron en aborto en esos años. A partir de 2017, esta tendencia se revierte y se registra un incremento sostenido, alcanzando los 209,1 por cada 1.000 embarazos en 2022. En 2023, la tasa asciende a 227,2, el valor más alto del periodo, lo que implica que más del 22 % de los embarazos conocidos terminaron en una IVE.

Gráfico 1. Abortos inducidos: evolución según los motivos (2011-2023)

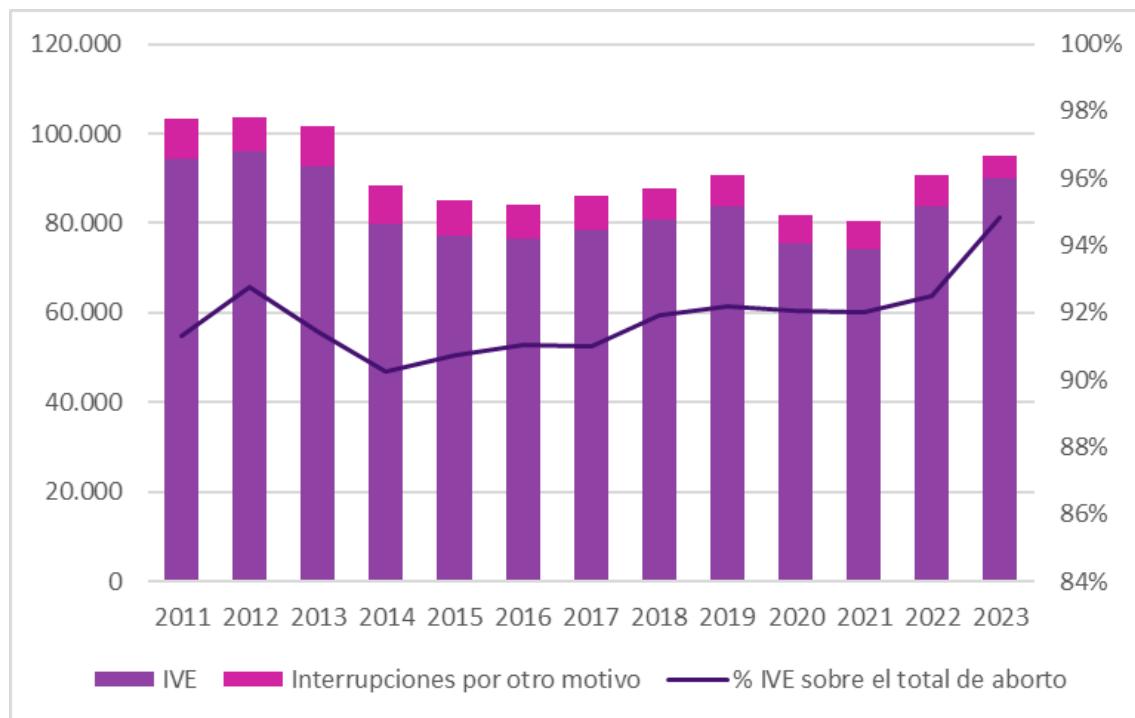
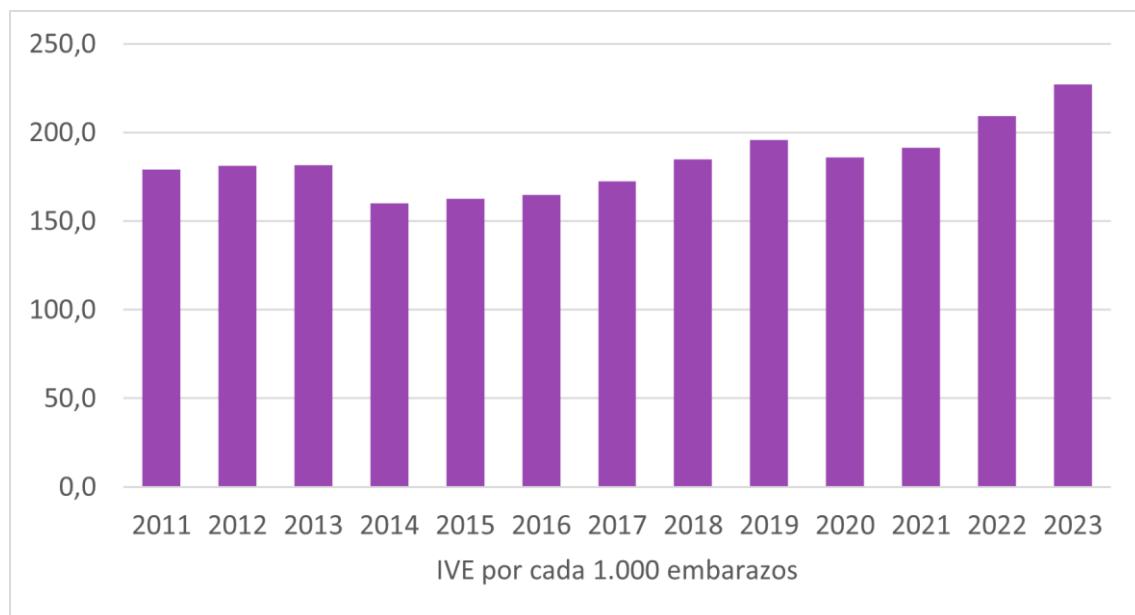


Gráfico 2. IVE: evolución de la tasa sobre el total de resultados gestacionales (2011-2023)

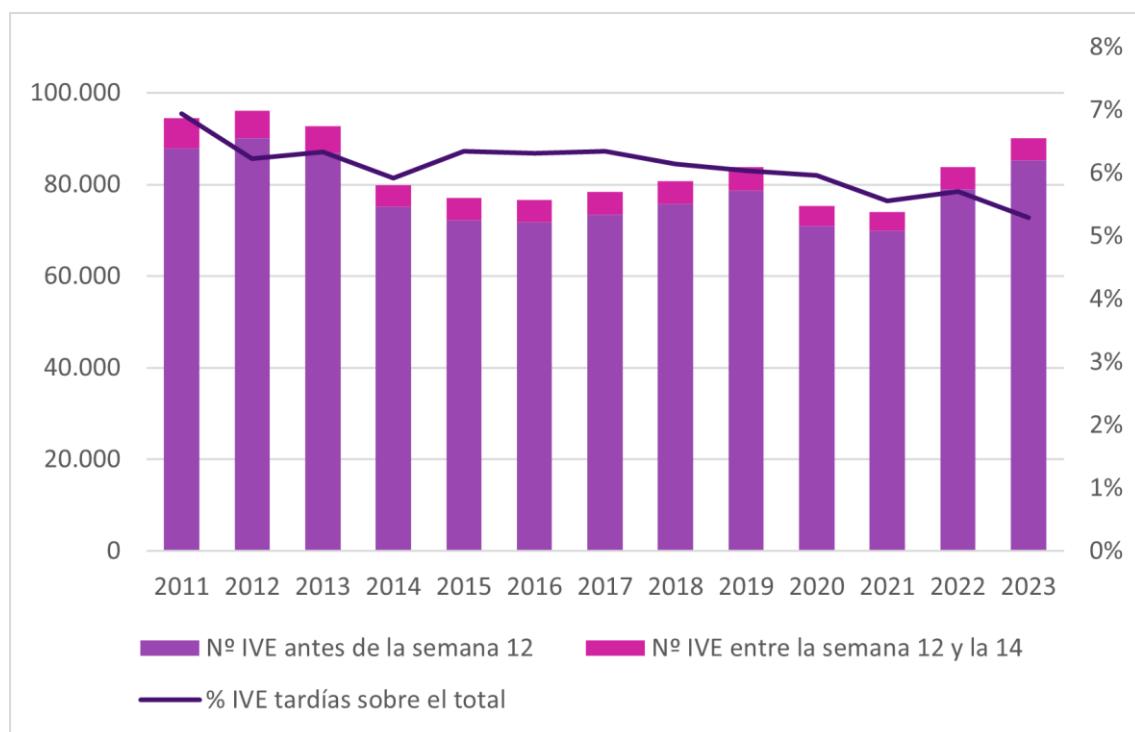


Ahora bien, es importante tener en cuenta que no todas las IVE se realizan en el mismo momento de la gestación. La mayoría de los abortos voluntarios se producen en el primer trimestre del embarazo; pero hay una proporción de casos que tiene lugar en

periodos más avanzados de gestación. Así, los abortos tardíos son las interrupciones del embarazo producidas después de la undécima semana y antes de la decimoquinta. Estas IVE producidas en etapas avanzadas del embarazo conllevan mayores riesgos físicos y psicológicos, presentan más objeciones entre el personal sanitario y son menos deseables desde una perspectiva de salud pública por su mayor complejidad y coste (Font-Ribera et al., 2009; Foster et al., 2021).

El Gráfico 3 muestra que los abortos tardíos representan aproximadamente un 6% del total en la última década. Sin embargo, esta proporción ha experimentado una ligera disminución en los últimos años: en 2023, el 5,3% de los abortos voluntarios se produjo después de la undécima semana de gestación, frente al 7% registrado en 2011.

Gráfico 3. IVE: evolución por etapa gestacional (2011-2023).



Características de las mujeres que acceden a la IVE

La decisión de interrumpir un embarazo está mediada por múltiples factores socioeconómicos y personales —edad, nivel educativo, ingresos, situación laboral o condición migratoria—, todos ellos atravesados por desigualdades estructurales. Este panorama revela la importancia de examinar con detalle las dinámicas

sociodemográficas que configuran el acceso y uso de la IVE en España a partir del análisis de los datos empíricos disponibles.

Como señalan diversos estudios, la probabilidad de recurrir a una IVE está estrechamente vinculada a la **edad** de las mujeres (Jones, 2024; Sedgh et al., 2012), una asociación que también se observa claramente en el caso de España. El Gráfico 4 muestra la distribución de los abortos en comparación con otros resultados del embarazo según la edad de las mujeres en el año 2022. Se observa que, en edades más tempranas, particularmente entre los 15 y los 20 años, más de la mitad de los embarazos registrados terminan en una IVE. Esta tendencia disminuye de forma sostenida a medida que aumenta la edad. Sin embargo, a partir de los 40 años, la proporción de abortos voluntarios vuelve a aumentar levemente.

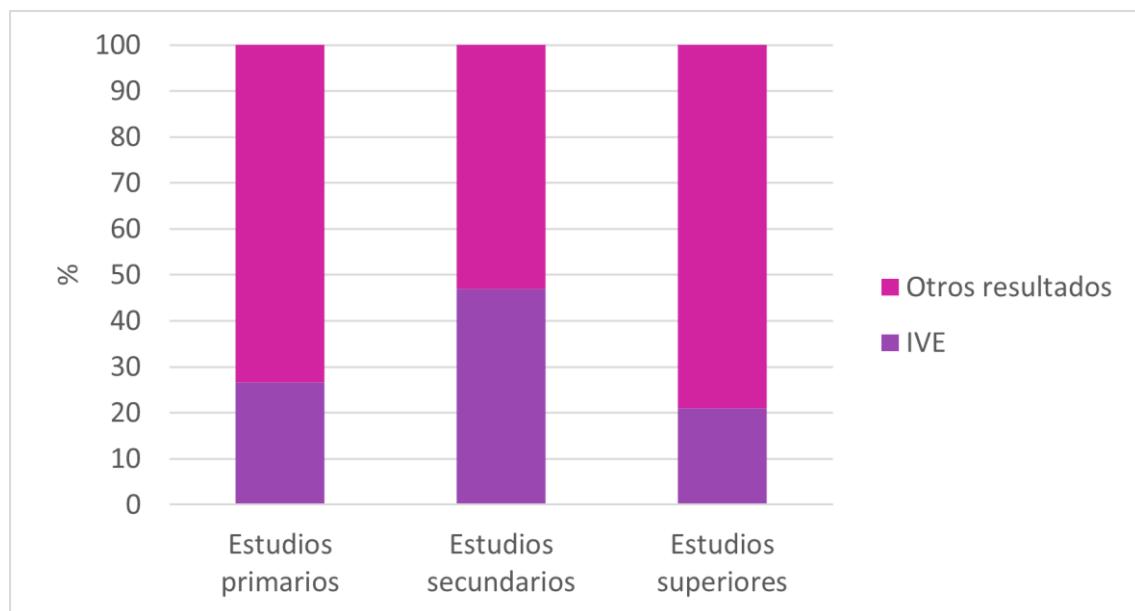
Gráfico 4. IVE: distribución según la edad de las mujeres (2022)



Las diferencias observadas por edad no pueden entenderse sin tener en cuenta los distintos contextos socioeconómicos que afectan a las mujeres. La desigualdad social influye en las decisiones reproductivas al limitar el acceso a métodos anticonceptivos y dificultar la negociación en las relaciones de pareja (Ruiz-Ramos et al., 2012; Rossier et al., 2007). Un bajo **nivel educativo**, vinculado a la precariedad económica, reduce el conocimiento sobre salud reproductiva y aumenta la probabilidad de embarazos no planificados, IVE reiteradas y abortos en etapas avanzadas (De Zordo, 2017; González-

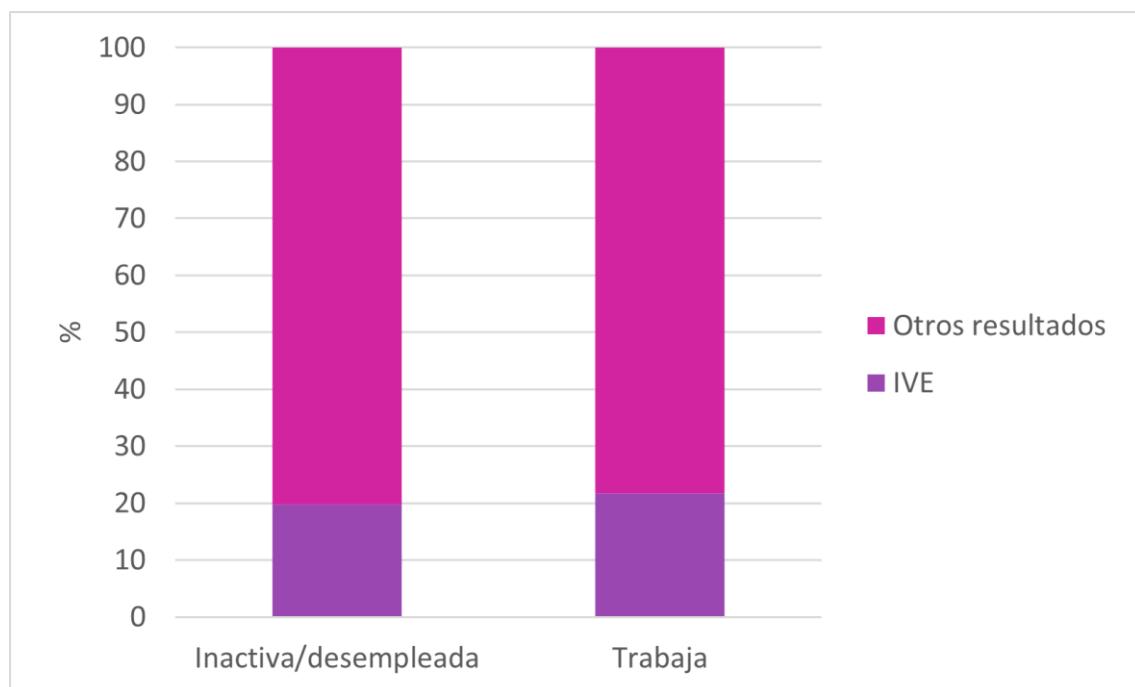
Rábago et al., 2017). El Gráfico 5 presenta la distribución de las IVE en 2022 según el nivel educativo de las mujeres, diferenciando entre estudios primarios, secundarios y superiores. Se observa que el porcentaje de IVE es más elevado entre las mujeres con estudios secundarios, donde aproximadamente la mitad de los embarazos terminan en aborto. En cambio, las mujeres con estudios superiores presentan menor proporción de embarazos que terminan en una IVE.

Gráfico 5. IVE: distribución según el nivel educativo de las mujeres (2022)



La inestabilidad laboral, el desempleo y la precariedad pueden generar incertidumbre económica que influye en la decisión de interrumpir un embarazo (Rash et al., 2008). Sin embargo, en el caso de España, los datos no reflejan diferencias significativas según la **situación laboral**. El Gráfico 6 muestra que, en 2022, tanto entre las mujeres desempleadas como entre las empleadas, aproximadamente el 20 % de los embarazos registrados finalizaron en una IVE.

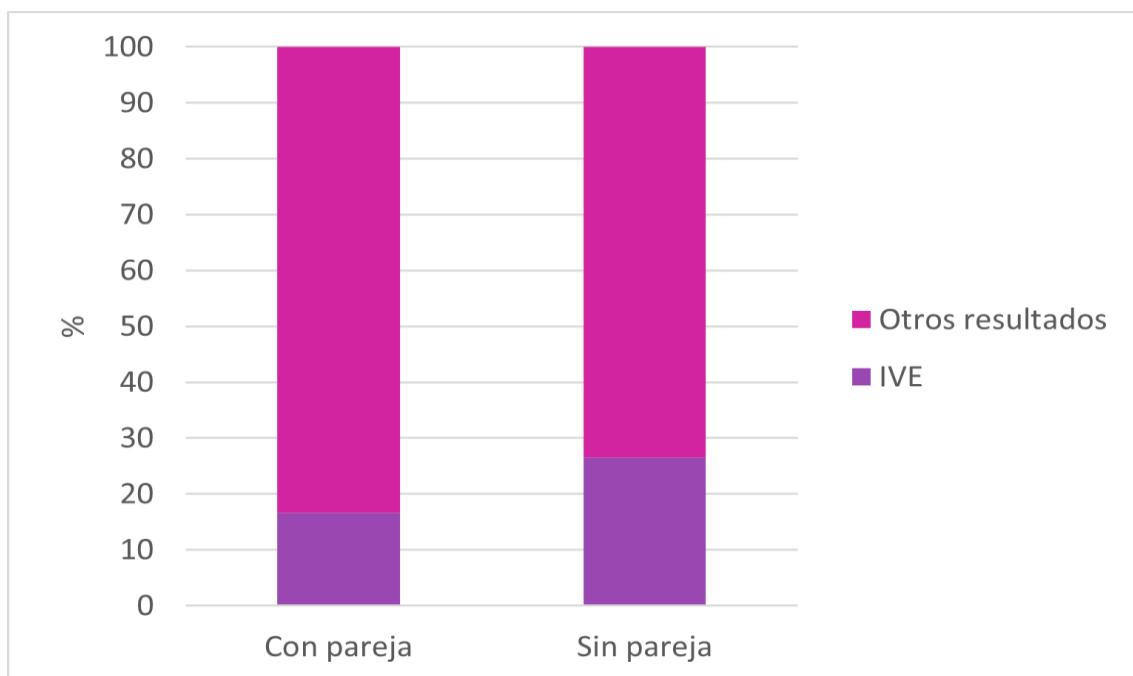
Gráfico 6. IVE: distribución según la situación laboral de las mujeres (2022)



También la **situación de convivencia/pareja** influye en las decisiones reproductivas de las mujeres: la ausencia de una relación estable, así como la falta de apoyo emocional y económico, incrementa los costes asociados a la maternidad, convirtiéndose en un factor frecuente en la decisión de interrumpir un embarazo (Palacios et al., 2017).

El Gráfico 7 presenta la distribución porcentual de las IVE frente a los otros resultados del embarazo según la situación familiar de las mujeres en el año 2022, distinguiendo entre mujeres con pareja y sin pareja en el momento del embarazo. Entre las mujeres con pareja, una amplia mayoría de los embarazos culmina en otros resultados, principalmente nacimientos, mientras que el 16,7% termina en abortos voluntarios. Por el contrario, en el caso de las mujeres sin pareja, aunque también predominan otros resultados de embarazo, aumenta la proporción de IVE, que alcanza el 26,5%.

Gráfico 7. IVE: distribución según la situación familiar de las mujeres (2022)

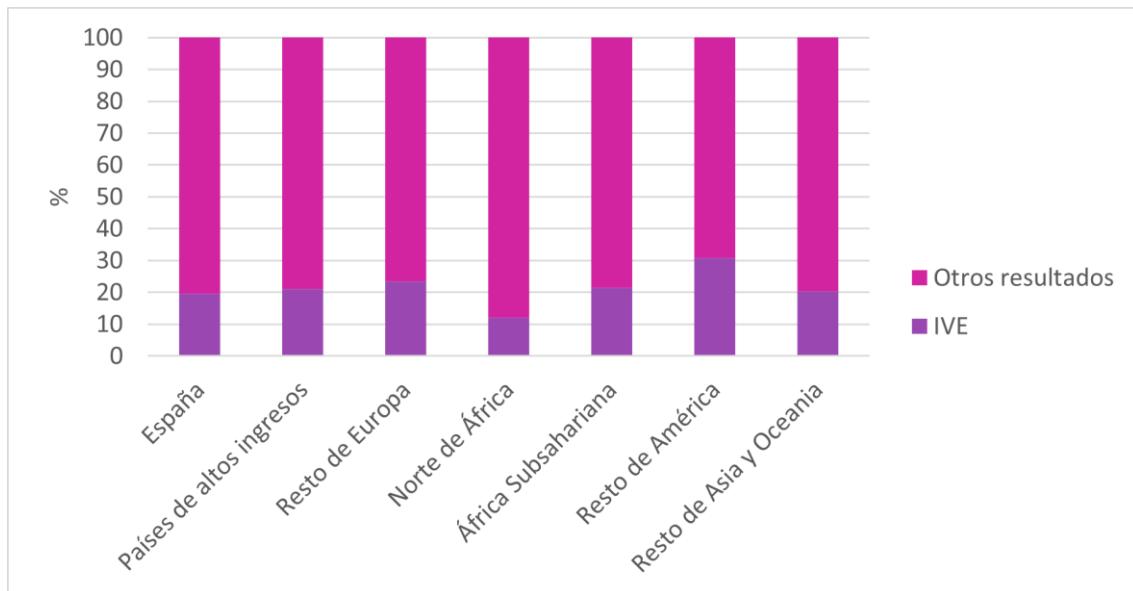


La literatura científica sugiere que el **estatus migratorio** puede influir en la decisión de interrumpir un embarazo. Las mujeres inmigrantes presentan tasas de IVE más elevadas que las nativas, debido, por un lado, al acceso limitado a métodos anticonceptivos y a servicios de planificación familiar (Llácer et al., 2006; Orjuela-Ramírez, 2012); y, por otro, a su situación de vulnerabilidad social que incluye barreras idiomáticas, inestabilidad laboral, presión familiar o de pareja y dificultades para conciliar maternidad y proyectos personales (Fernández et al., 2010). Estas diferencias se acentúan según el origen. Las tasas más altas corresponden a mujeres latinoamericanas y subsaharianas, y las más bajas a mujeres asiáticas, especialmente chinas (Requena y Stanek, 2024; Ruiz-Ramos et al., 2012).

El Gráfico 8 representa la distribución de las IVE en función del **país de origen** de las mujeres, clasificado en las siguientes categorías: España, Países de altos ingresos, Resto de Europa, Norte de África, África Subsahariana, Resto de América, Resto de Asia y Oceanía. El porcentaje más alto de IVE sobre el total de los resultados de embarazo se observa entre las mujeres que proceden de los países del resto de América (30,7%), seguido por las mujeres de otros países europeos (23,4%), de las subsaharianas (21,3%) y de las de los países de altos ingresos (21%). En cambio, tanto las nativas españolas como las mujeres que proceden del Norte de África presentan unos porcentajes más

bajos de IVE en comparación con las mujeres de otro origen: 19% y 12%, respectivamente.

Gráfico 8. IVE: distribución según el origen de las mujeres (2022)



La accesibilidad del aborto

El acceso a la IVE está condicionado por múltiples factores institucionales, siendo especialmente relevantes aquellos relacionados con la atención médica y la organización y la disponibilidad de servicios (Bracken y Kasl, 1975; Guilbert et al., 1994; Mukkavaara et al., 2012). La evidencia científica demuestra que la ausencia de servicios de IVE —escasez de clínicas y de profesionales dispuestos a realizar abortos— en algunas zonas dificulta el acceso temprano a la IVE, intensificando los sentimientos de agobio por los plazos y, en algunos casos, llegando a impedir la realización del procedimiento (Morillo et al., 2007; O'Donnell et al., 2018). Esta situación tiende, además, a acentuar las desigualdades sociales, ya que los recursos económicos, informativos y sociales condicionan la posibilidad de afrontar los costes económicos y temporales de viajar para acceder a la IVE en el sistema público o, en su defecto, de asumir los costes de acudir a clínicas privadas (Fuentes y Jerman, 2019; Moure y Cernadas, 2020).

En España, el **acceso a los servicios de IVE** varía según la ubicación geográfica, ya que las comunidades autónomas tienen competencia en la ordenación y financiación de los

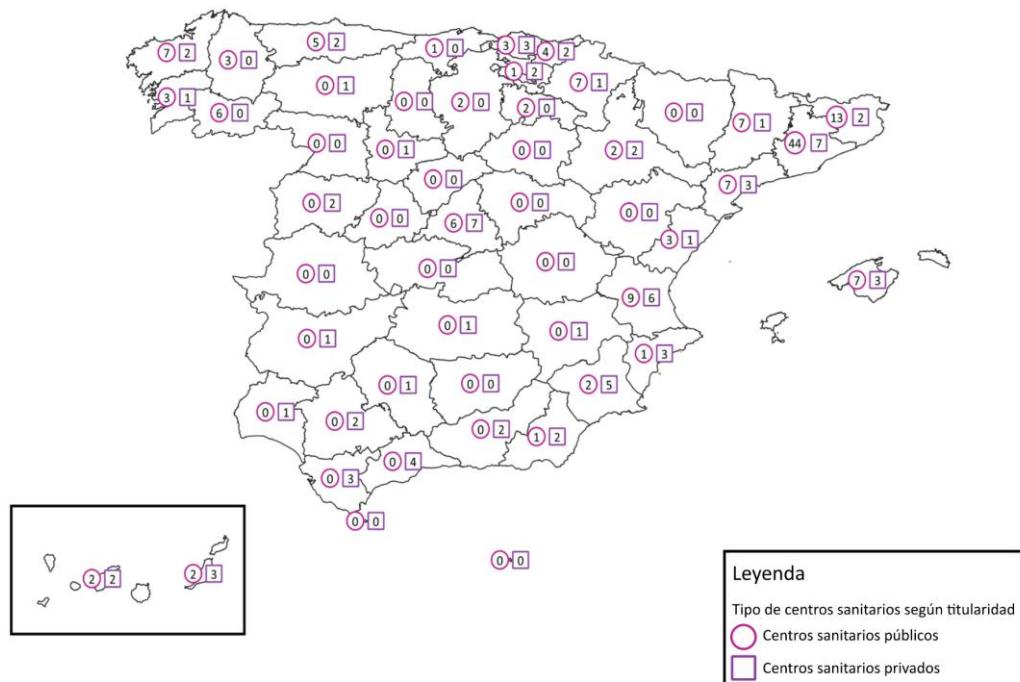
servicios sanitarios (Ferrer y Solsona, 2018a). El incumplimiento de la normativa que obliga a garantizar la prestación de IVE en el sistema público ha provocado que en algunos territorios no se asegure la disponibilidad de personal sanitario dispuesto a realizarla (Ferrer, 2012). Esto ha contribuido a que una proporción significativa de los abortos se practique en clínicas privadas y a que, en muchas comunidades autónomas, no se realicen interrupciones en centros públicos (Capodiferro, 2015).

El Mapa 1 muestra el número de centros sanitarios que ofrecían servicios de IVE en 2023, diferenciando entre titularidad pública y privada. Se observa que en 12 provincias, así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, no existe ningún centro —ni público ni privado— que preste este servicio. En este último caso, la barrera geográfica obliga a las mujeres a desplazarse a la Península para poder llevar a cabo la IVE, lo que intensifica los tiempos de espera. En situaciones más extremas, esta dificultad puede conducirlas a abortos clandestinos o a continuar con embarazos no deseados (Estévez y Cruz, 2024).

Si se consideran únicamente los centros públicos, la cifra asciende a 24 provincias, lo que significa que en la mitad del territorio español no hay hospitales públicos que ofrezcan atención a la IVE. Además, en comunidades como Extremadura y Castilla-La Mancha, todas las intervenciones son derivadas a clínicas privadas. Aunque estos datos corresponden al año 2023, último con información disponible, las cifras han experimentado variaciones desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010. Estas fluctuaciones se recogen en la Tabla A1 del Anexo.

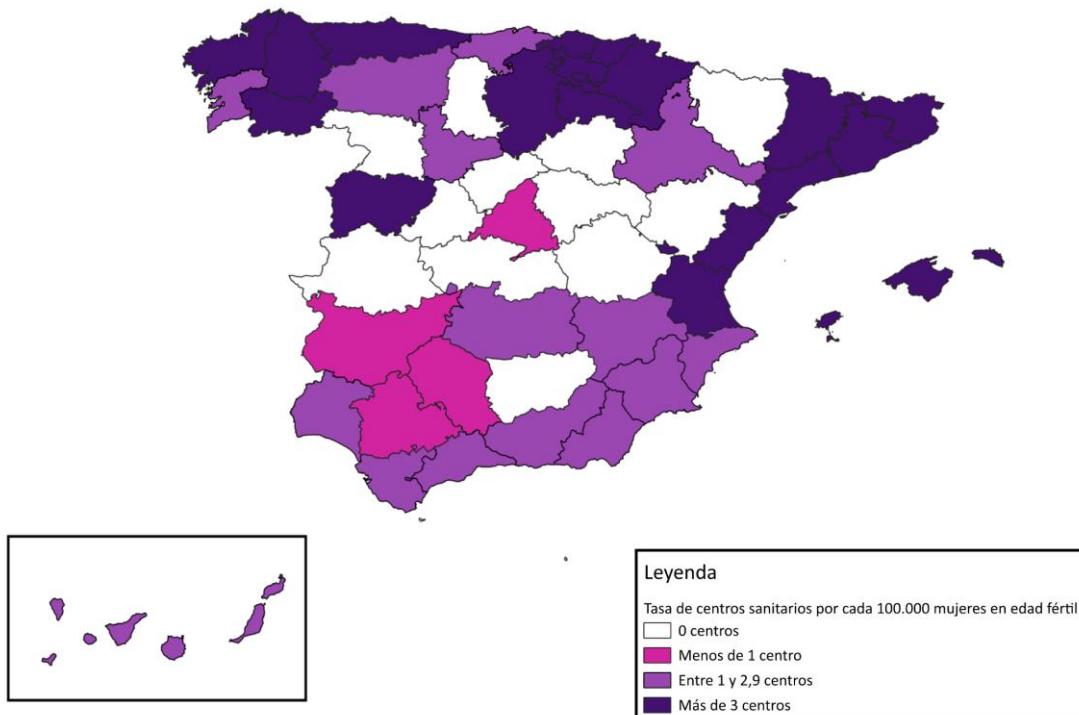
Cabe señalar que el número de centros que realizan IVE en cada una de las provincias es competencia de las comunidades autónomas. Por tanto, la distribución territorial de estos centros no guarda una relación directa ni con el volumen de población ni con la extensión geográfica de las provincias, sino con las decisiones administrativas y políticas de cada autonomía en materia de salud sexual y reproductiva.

Mapa 1. Número de centros sanitarios que ofrecen servicios de IVE, según titularidad pública o privada (2023)



El Mapa 2 representa **la disponibilidad de centros sanitarios** —públicos y privados— para realizar IVE por cada 100.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en 2023, agrupando las provincias en cuatro categorías: sin centros, menos de 1 centro, entre 1 y 2,9, y más de 3 centros. Los datos evidencian una marcada desigualdad territorial: varias provincias carecen completamente de centros, lo que obliga a muchas mujeres a desplazarse a otras regiones para ejercer este derecho. En el extremo opuesto, provincias pertenecientes a comunidades autónomas como Cataluña, Islas Baleares, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco presentan una mayor disponibilidad de centros al poseer más de 3 por cada 100.000 mujeres. Albacete, Ciudad Real, Alicante, Zaragoza, Valladolid, León, Murcia, Canarias y Cantabria, así como varias provincias andaluzas, presentan tasas intermedias (entre 1 y 3 centros por 100.000 mujeres). Por último, Badajoz, Sevilla, Córdoba y la Comunidad de Madrid tienen las tasas comparativamente más bajas (menos de 1 centro por cada 100.000 mujeres).

Mapa 2. Tasa de centros sanitarios que ofrecen servicios de IVE por cada 100.000 mujeres en edad fértil (2023)

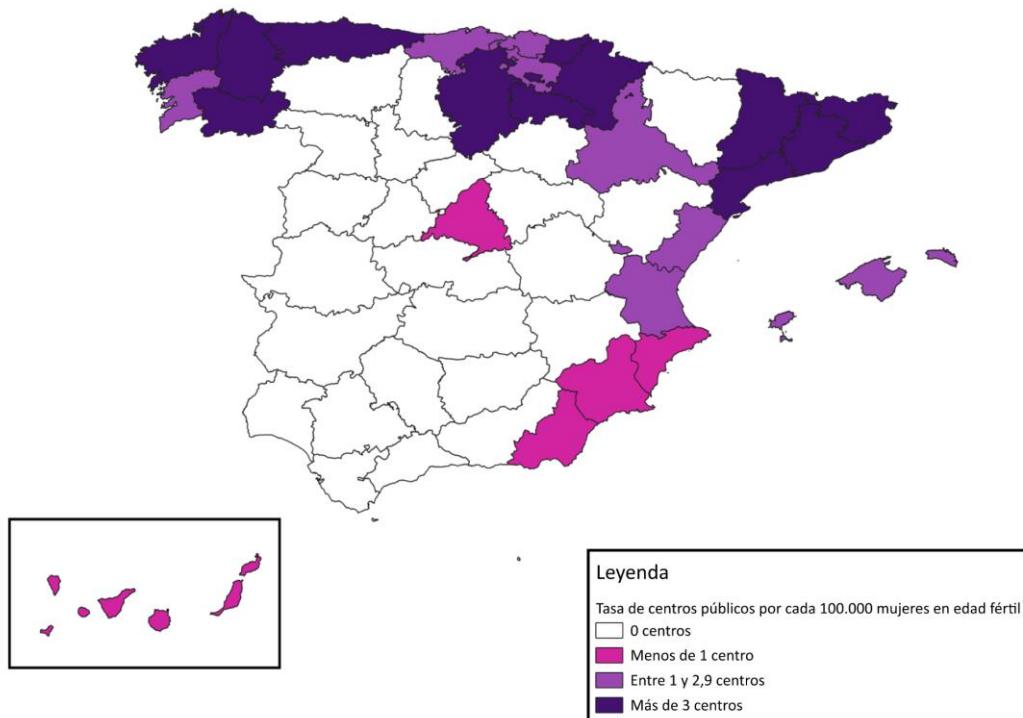


El Mapa 3 muestra la tasa de **centros públicos** que ofrecen servicios de IVE por cada 100.000 mujeres en edad fértil en España en 2023, lo que permite evaluar con mayor precisión el acceso a este servicio dentro del sistema sanitario público y poner de relieve las desigualdades territoriales. Al igual que en el mapa anterior, las provincias se agrupan según la densidad de centros -sin centros, menos de 1 centro, entre 1 y 2,9 y más de 3 centros-. En él se aprecia que en 24 provincias -y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla- no se han practicado IVE en centros públicos, lo que sugiere que, en gran parte del país, la posibilidad de acceder a una IVE gratuita depende de la existencia de acuerdos con clínicas privadas.

Esta falta de cobertura pública es especialmente grave en el centro y sur de España, en concreto en Castilla y León (excepto Burgos), Castilla-La Mancha, Extremadura, Andalucía (excepto Almería) y Aragón (excepto Zaragoza). Por el contrario, regiones como Galicia, el Principado de Asturias, la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja y Cataluña disponen de un mayor número de centros públicos y presentan las tasas más elevadas. Estos datos ponen de manifiesto la profunda desigualdad en el acceso a la IVE

dentro del sistema público de salud, lo que obliga a muchas mujeres a desplazarse a otros territorios o a depender del sector privado.

Mapa 3. Tasa de centros públicos que ofrecen servicios de IVE por cada 100.000 mujeres en edad fértil (2023)

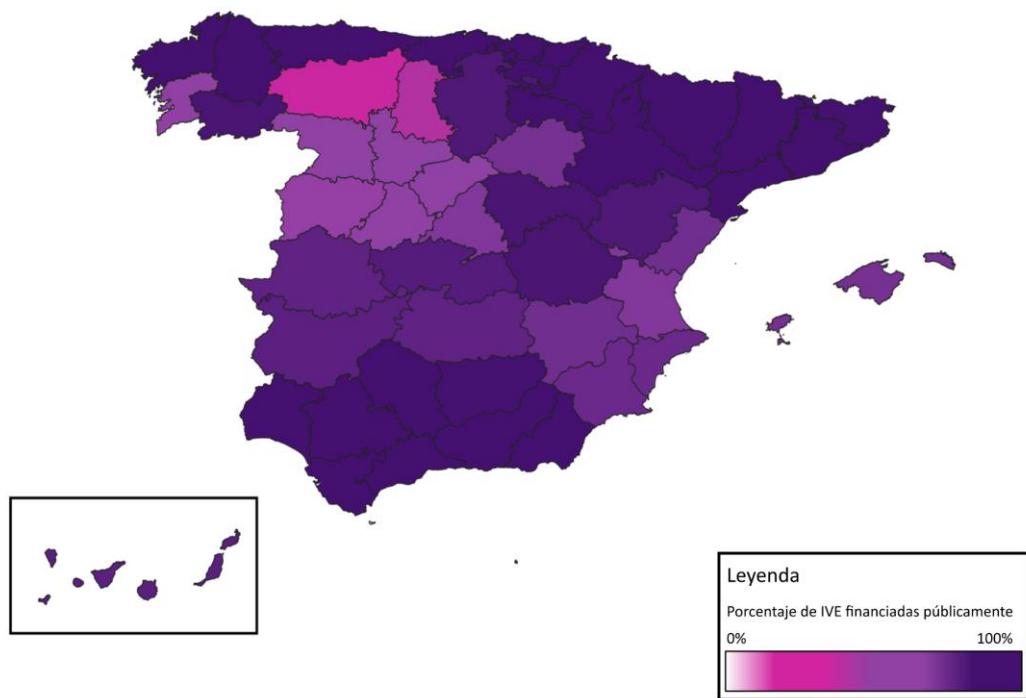


El mapa 4 muestra el porcentaje de IVE **financiadas con fondos públicos** según la provincia de residencia de las mujeres en el año 2023. Esta información no alude al tipo de centro -público o privado- donde se ha practicado la intervención, sino a la fuente de financiación: si el coste lo cubre el SNS o las mujeres. Por lo tanto, un porcentaje más alto sugiere que una mayor proporción de abortos voluntarios ha sido financiada a través del sistema público de salud, independientemente de si los centros sanitarios en los que han sido realizados son de titularidad pública o privada.

En ese periodo, ninguna de las IVE realizadas a mujeres residentes en Ceuta fue financiada públicamente. Asimismo, entre el 40% y el 70% de las interrupciones fueron cubiertas con financiación pública en provincias como León, Palencia, Salamanca, Pontevedra, Valladolid, Zamora, Ávila, Segovia y Melilla, reflejando una cobertura parcial del servicio en estas zonas. En el extremo opuesto, las mujeres con mayor

proporción de IVE financiadas públicamente fueron aquellas residentes en Zaragoza, Barcelona, Huelva, Huesca, Gipuzkoa, Lleida, Cádiz, Tarragona, Bizkaia, Sevilla, Córdoba, La Rioja, Navarra, Álava, Cantabria y Asturias, donde hasta un 98% de las IVE se realizó sin suponer coste para las usuarias. El resto de las provincias se sitúan en un rango intermedio, entre el 70% y el 90% de financiación pública.

Mapa 4. Porcentaje de IVE financiadas públicamente por provincia de residencia de las mujeres (2023)

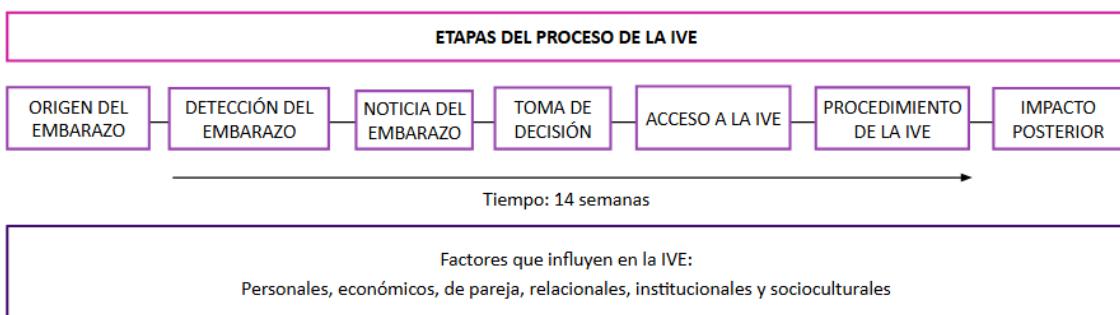


En su conjunto, estos datos evidencian que el acceso a la IVE todavía no se garantiza de manera universal y gratuita. Igualmente, reflejan la profunda desigualdad territorial en el acceso a la IVE dentro del sistema público de salud, lo que genera una dependencia del sector privado en gran parte del territorio español. Asimismo, como se ha señalado al principio del apartado, estas limitaciones geográficas dificultan el proceso en torno a la IVE, lo que aumenta los costes temporales y económicos y genera malestar emocional en las mujeres.

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES QUE HAN AFRONTADO UNA IVE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La IVE es una experiencia compleja que no se limita únicamente al procedimiento médico, sino que constituye un proceso compuesto por diversas etapas (Hobcraft, 2006). Tal y como se muestra en la Figura 1, se pueden identificar varias fases: el origen del embarazo, la detección y noticia del embarazo, la toma de decisión de continuar o interrumpir el embarazo, el acceso a los servicios de IVE, la realización del procedimiento de la IVE y su impacto posterior (Bajos y Ferrand, 2004; Ferrer y Solsona, 2018b; Rossier et al., 2007). A lo largo de este proceso intervienen factores personales, económicos, de pareja, relaciones, institucionales y socioculturales que pueden condicionar la vivencia de las mujeres (Rossier et al., 2007). En los apartados siguientes se abordan las distintas etapas del proceso de interrupción del embarazo a partir de las experiencias recogidas en las entrevistas en profundidad realizadas en el marco del proyecto DESIVE.

Figura 1. Etapas del proceso de la IVE



El origen del embarazo

La mayoría de las mujeres entrevistadas decidieron someterse a una IVE como respuesta a un embarazo no planificado, que también fue no deseado. Los principales motivos que pueden provocar un embarazo de estas características están relacionados con: (1) fallos en el empleo o la efectividad de los métodos anticonceptivos, (2) inconsistencia o uso incorrecto de estos y (3) ausencia de protección (Figura 2).

Figura 2. Motivos del embarazo

MOTIVOS DEL EMBARAZO	
Fallos en el empleo o efectividad de los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura del preservativo • Fallo en la píldora del día después
Uso inconsistente o uso incorrecto de los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Olvido de la píldora anticonceptiva • Interacciones con otros medicamentos (antibióticos)
Falta de uso de los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha atrás • Consideración de ser infértils debido su edad reproductiva • Fase del ciclo menstrual en la que se encontraba • Lactancia

En primer lugar, respecto a los **fallos en el empleo o la efectividad de los métodos anticonceptivos** destaca la rotura del preservativo: “**Estábamos muy borrachos. Habíamos bebido mucho. Nos fuimos a mi casa a no me pregunes qué, no me acuerdo. Y una cosa lleva a la otra, y usamos protección y se rompió**” (E3. Castilla y León). Tras ello, algunas mujeres usaron la píldora del día después como medida de emergencia. Sin embargo, en ocasiones, este método también falló: “**Se me rompió el preservativo y me tomé la pastilla del día después, pero, aun así, se ve que no funciona**” (E27. Islas Baleares).

En segundo lugar, los embarazos no deseados también pueden producirse como resultado del **uso inconsistente o incorrecto de métodos anticonceptivos** –principalmente la píldora anticonceptiva o el anillo vaginal–, ya sea por interrupciones en su uso, olvidos o interacciones con otros medicamentos, como los antibióticos: “**Fue un descuido. Además, porque yo estaba tomando la píldora en esa época. Y pues no me la tomé bien o no me la tomé, no me acuerdo. Y pasó**” (E4. Castilla y León).

En tercer lugar, algunas mujeres **no utilizaron ningún método anticonceptivo**, ya que recurrieron a estrategias alternativas como “la marcha atrás” o creyeron ser infértils debido a su edad reproductiva, a la fase del ciclo menstrual en la que se encontraban o a que estaban en etapa de lactancia materna:

Fue marcha atrás y fue sin saberlo, sin saber que podría llegar a pasar. Y, de hecho, por mis cálculos, yo me quedé embarazada estando con la regla, o sea, algo super poco común. Según mi ventana de fertilidad, no estaría fértil en ese momento, pero resulta que estaba (E13. País Vasco).

Por otro lado, a partir de los relatos de las mujeres se identifican factores que inciden en el fracaso o ausencia del empleo de métodos anticonceptivos. Así, la dificultad de acceder a anticonceptivos no hormonales, como el diafragma, y la falta de orientación y asesoramiento integral por parte del personal sociosanitario se identifican como barreras importantes. Varias mujeres señalaron haber recibido información únicamente del preservativo o de la píldora anticonceptiva, y no de otras opciones que podrían ajustarse mejor a sus necesidades. Esta limitación es especialmente significativa, ya que algunos testimonios expresan percepciones negativas hacia los métodos hormonales debido a los efectos secundarios que producen a nivel físico y emocional:

Tampoco te explicaban mucho sobre métodos anticonceptivos. O sea, yo simplemente fui al médico y me dijeron: “¿para no quedarte embarazada? ¡La píldora! ¿No quieres usar preservativo? ¡La píldora!”. Porque no había más métodos anticonceptivos que el preservativo o la píldora, y se acabó (E3. Castilla y León).

Yo intenté utilizar el diafragma, el que es común, pero nadie te quiere orientar. Muchas clínicas no quieren saber nada de ello. Me era complicado y lo dejé por imposible, porque, al final, si desde la sanidad pública, no, y desde la privada, algunas, pero como que no te lo recomiendan... Entonces, al final... (E8. Asturias).

La detección del embarazo

La identificación del embarazo constituye una etapa fundamental dado que influye en el tiempo disponible para tomar una decisión. En efecto, cuanto más tarde se detecte, menos tiempo hay para considerar las opciones disponibles. El conocimiento del propio cuerpo es clave para ello. Habitualmente las mujeres entrevistadas descubrieron su embarazo a partir de distintos **síntomas físicos** y cambios en el cuerpo. Entre los más frecuentes destacan: dolor y aumento del tamaño de los senos, aumento de peso, incremento de la sensibilidad olfativa, cansancio, náuseas y vómitos, ausencia del periodo, aumento del apetito y aparición de antojos repentinos. En algunos casos los síntomas se confunden con los propios de la menstruación, lo que retrasa la sospecha del embarazo. Esto es especialmente frecuente en mujeres con ciclos irregulares, ya que

no perciben el retraso de la regla como una señal de embarazo: **“Yo tenía síntomas como si fuese a tener la regla, pero más fuertes, como dolor en los ovarios, en los riñones, en los pechos. Entonces en mi cabeza eso era porque me iba a bajar la regla”** (E18. Castilla y León). Además, en ocasiones el sangrado de implantación -pequeño manchado que se produce cuando el embrión se adhiere al endometrio- puede generar confusión en las mujeres, quienes lo interpretan como si fuera su periodo: **“Yo había tenido un poco de sangrado de implantación. Entonces, yo pensé que era la regla. Entonces, como que... me calmé. Pero como que después el sangrado fue muy corto y se paró”** (E22. Castilla y León).

Por otro lado, algunas de las entrevistadas también describieron la aparición de síntomas emocionales en las primeras semanas de gestación. Muchas de ellas mencionaron cambios de humor que, en numerosos casos, no fueron identificados como señales de embarazo. Así, narraban sentirse más sensibles e irritables, debido a las alteraciones hormonales propias del embarazo.

Una vez detectados los síntomas, el siguiente paso consiste en realizar un test de embarazo o una prueba médica para confirmar la gestación. La mayoría de las mujeres realizaron el test por su cuenta, mientras que solo unas pocas confirmaron su embarazo mediante una prueba de orina en el centro de salud o el hospital. Las participantes describieron este momento como emocionalmente intenso, lo que pone de manifiesto la importancia del acompañamiento social, principalmente de la pareja y amistades, para proporcionar apoyo emocional, seguridad y calma ante una situación tan impactante:

Y ya le digo a mi novio: “Venga, nos hacemos un test”. Y, bueno, yo me hago el test y él estaba en el baño. Yo, en el salón, y le digo: “Va, vete a mirar”. No sé si eran dos rayas positivo y una negativa. Le digo: “Vete a mirar tú”, y me dice: “[nombre de la entrevistada], ven”. Y yo, “¿Cómo que ven? Dime que es negativo”, a gritos. Y dijo: “No, no, ven”. Y salieron dos rayas (E6. Asturias).

Debido a la carga emocional que implica la realización del test de embarazo, algunas entrevistadas compartieron experiencias en las que, por diversos motivos, los test no fueron efectivos para confirmar el embarazo. Entre estos se incluyen un mal uso, una interpretación errónea de los resultados o condiciones inadecuadas del producto.

La noticia del embarazo

La noticia del embarazo genera diversas reacciones en las mujeres, que varían dependiendo de las circunstancias personales de cada una. Una vez que se identifica el embarazo, la forma en que se comunica esta noticia a otras personas, como la pareja, amigos/as o familiares, también es un proceso relevante que puede influir en las decisiones que se toman posteriormente y en la propia experiencia.

La mayoría de las mujeres experimentaron emociones negativas al enterarse de que estaban embarazadas. Algunas expresaron angustia o bloqueos emocionales, ya que el embarazo no era planificado y se percibía como un punto de inflexión en sus vidas:

“Bueno, me hice la prueba y cuando vi que estaba embarazada fue como si se me cayera el mundo encima porque dije: ‘¿Qué voy a hacer?’” (E29. Baleares).

Estas situaciones provocan malestar emocional, ansiedad o estrés. En algunas ocasiones, las participantes confirmaron haberse sentido sorprendidas o incluso incrédulas al recibir la confirmación, lo que provoca una incapacidad de procesar la noticia de manera inmediata, como refleja una de las entrevistadas/el siguiente testimonio. En otros casos, pese a no querer continuar con el embarazo, las mujeres mostraron una claridad emocional que les permitió afrontar el proceso de una manera más fácil y tranquila.

Yo ya lo sabía, pero no asimilaba la situación. O sea, mi cerebro hizo como que eso le estaba pasando a otra persona, como si lo estuvieras viendo a través de una pantalla y que no era... no era yo. Y yo estaba con toda la tranquilidad del mundo, porque al principio yo estaba con toda la tranquilidad, porque dije, “bueno, pues no pasa nada. He hecho pis”. Fue toda mi reacción. Fue, “bueno, vaya cagada, bueno, voy a seguir con mi vida”. Ya está (E7. Cantabria).

Una vez que descubrieron que estaban embarazadas, las mujeres comunicaron la noticia a su entorno más cercano. Respecto a la persona con la que se produjo la concepción, la forma en la que se transmite depende del tipo de relación: si se trataba de una pareja estable, la comunicación era directa e inmediata; si la relación era inestable o el embarazo había sido fruto de una relación sexual esporádica, las mujeres necesitaron más tiempo para decidir si contaban o no la noticia. En el ámbito familiar, algunas buscaron apoyo emocional, consejos e información. Otras prefirieron ocultarlo por miedo al estigma o para evitar preocupar a sus seres queridos:

Bueno, no me planteaba decírselo a mis padres bajo ningún concepto. Es el día de hoy que no lo saben. Mi madre, porque querría tenerlo y me insistiría en tenerlo. No por una creencia religiosa, sino porque bueno, mi madre es una persona a la que le gusta tener, le gustaría tener nietos. Soy su única hija, soy la única niña de la familia, la única sobrina, la única nieta. Entonces ella me diría: "Mira, no hay problema económico conmigo, yo, tira para adelante que yo te ayudo". Entonces yo a mi madre no se lo quería decir. A mi padre tampoco, porque mi padre se había pasado toda la vida diciendo tonterías del palo: "Te quedas embarazada, te tiro el niño por la ventana", que suena a broma hasta el momento en el que ocurre. O sea, sé que no vas a tirar al niño por la ventana, pero es que me lo llevas diciendo desde que tengo 16 años. Entonces dije, bueno, pues no lo digas (E6. Asturias).

La reacción de la pareja ante la noticia también varía significativamente. En algunos casos, los hombres reaccionaron con sentimientos de rechazo, sorpresa o, incluso, ira. La incertidumbre sobre el futuro y las responsabilidades puede generar una respuesta negativa inicial que se evidencia en la falta de comprensión y apoyo, así como en comportamientos evasivos. Esto provocó en ellas sentimientos de soledad y frustración:

Pero él sí que me hizo saber que su decisión era no, desde el minuto uno, y él jamás entendió lo que para mí era pasar por un aborto, por un embarazo. Claro, para él simplemente lo vive otro cuerpo. Él, mentalmente, sí, pero él, en el momento en el que yo dije "quiero abortar", se acabó su problema. Ya no había más problema (E6. Asturias).

En otros casos, las parejas reaccionaron de forma positiva, brindando apoyo emocional y logístico a lo largo de todo el proceso, independientemente de la decisión final de las mujeres. La disposición de las parejas a estar presentes y a respaldarlas en cualquiera de las opciones que decidieron reflejó un sentido de responsabilidad compartida y de empatía, lo que fortaleció la relación y proporcionó una sensación de seguridad:

"Mira, [nombre de la entrevistada], si tú lo quieres tener, lo tenemos. Me adapto, busco un trabajo, me mudo, voy en vez de en coche, quito el coche y voy en transporte público". Y, en ese momento, yo dije: "Joder". Pues lloré un montón más. Y, claro, también sentí como que eso me unía más a él. Entonces, claro, pues eso. Eso es mi pareja (E7. Cantabria).

Las entrevistas ponen de manifiesto la importancia de las amistades en esta etapa, ya que muchas mujeres recurrieron a ellas en busca de apoyo emocional y acompañamiento, especialmente cuando conocían que sus amigas habían vivido una experiencia similar previamente: *"Se lo conté a una amiga que había pasado por una interrupción dos meses antes, voluntaria. Y ya está, no se lo conté a nadie más" (E15.*

Castilla y León). En otros casos, aunque menos frecuentes, las mujeres optaron por no compartir la noticia, ya sea por una prohibición explícita de los progenitores por el estigma del aborto o porque no se sentían cómodas y preferían que sus decisiones no fueran influenciadas por los demás: “**Me decían como que no lo fuese contando. Como que me hacían creer que era algo malo. Supongo que, por la edad, pero bueno, me hacían creer como que algo malo y no quería que mucha gente se enterase**” (E27. Baleares).

La toma de decisión

La decisión de interrumpir el embarazo está condicionada por una serie de razones que incluyen aspectos personales, económicos y de pareja (Figura 3). En algunos casos un solo motivo determina la decisión, mientras que en otros la decisión final surge de la combinación de múltiples razones que se entrelazan y refuerzan mutuamente.

Figura 3. Motivos que influyen en la toma de decisión

MOTIVOS QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIÓN	
Personales	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Aspiraciones vitales: estudios/trayectoria laboral• Dificultades de conciliación: atención hijos/as• Falta de deseo de ser madre o aumentar familia• Experiencia negativa de embarazo previo• Salud
Económicos	<ul style="list-style-type: none">• Situación laboral: inestabilidad o desempleo• Situación financiera
Pareja	<ul style="list-style-type: none">• Características de la situación sentimental• Falta de deseo de ser padre• Violencia de género

Uno de los **motivos personales** a los que las mujeres hacen referencia en la toma de decisión es la edad, ya que influye en la percepción que tienen sobre la maternidad y si están preparadas para ello. Las mujeres jóvenes percibieron su momento vital como una

etapa de desarrollo e inestabilidad económica, profesional y emocional, lo que afectó a su disposición para asumir un embarazo: **“Yo tampoco era madura. Yo tenía 19 años”** (E16. Andalucía). Por su parte, las mujeres mayores de 36 años con hijos/as no deseaban volver a experimentar un embarazo ni convertirse en madres de nuevo: **“Yo tengo dos hijas maravillosas y ya está, ahí, y por edad, y porque ya no tengo ganas de volver a pasar por un embarazo, pues ya está”** (E29. Baleares).

Por otro lado, algunas informantes que sí deseaban ser madres en el futuro expresaron que el embarazo no era adecuado en aquel momento, debido a diversas circunstancias vitales (económicas, laborales, de pareja o por el deseo de espaciar a sus hijos/as). También se destacó la dificultad para conciliar la maternidad con la vida familiar y laboral, especialmente por la falta de apoyo cercano:

No quiero por muchas cosas. Ya mi cuerpo está mejor, pero pues tú sabrás, es muy difícil conciliar... No tenemos a ni un abuelo, no tenemos... Solo queda mi suegra en [nombre de un pueblo de Extremadura]. O sea, ¿qué te va a ayudar? Nada. Encima también está enferma, la operaron de la cabeza, bueno, otras historias. Y no tenemos a nadie (E1. Castilla y León).

En todos estos casos, un embarazo no planificado se percibía como un obstáculo para alcanzar sus metas, lo que las impulsaba a optar por una IVE para poder continuar con sus aspiraciones personales:

O sea, sí quiero ser madre. Eso lo tengo muy claro. Considero que estoy en una edad en la que ya podría serlo y por eso también fue un proceso tan difícil para mí decidir abortar, pero no tenía la base relacional, la base económica, ni la base emocional para tener un hijo en ese momento (E13. País Vasco).

Otra de las razones personales mencionadas por algunas de las participantes está relacionada con cuestiones de salud. Por ejemplo, una de las entrevistadas tuvo un embarazo anterior con complicaciones que le dejó secuelas y generó riesgos que podrían agravarse con una nueva gestación. Otra tenía un problema de sobrepeso que podría haberse intensificado durante el embarazo, afectando tanto a su calidad de vida como al desarrollo de la gestación.

La **situación económica** de las mujeres también es un factor importante que condiciona la toma de decisión, principalmente por la falta de estabilidad laboral y la falta de

independencia económica. Estas dificultades, junto al coste que supone la crianza de un/a hijo/a, son motivos principales para optar por una IVE:

No tenía una relación estable a nivel laboral. Es verdad que estaba como encontrando un... Estaba como adentrándome en un curro que me iba a dar un poco más de estabilidad, pero era todo muy, pues eso, muy confuso. Me dedicaba a la hostelería. Hacía un año que me acababa de ir de casa y no tenía muy buenos hábitos. Estaba, pues bueno, un poco en ese momento donde se te junta cuando te vas de casa tan joven, trabajando tanto. Así que en ese momento pues era todo un poco confuso, convulso más bien (E20. Castilla y León).

Así mismo, la **relación de pareja** constituye otra razón decisiva en la toma de decisión. Las mujeres entrevistadas destacaron varios aspectos fundamentales, como la existencia o no de un vínculo sentimental, el grado de estabilidad emocional y el nivel de disposición del hombre para asumir la paternidad. Cuando la relación no era sólida o estable, la decisión de abortar fue más frecuente: **“Llevábamos tres semanas quedando y de repente ‘bum’. Igual no te quieres hacer responsable” (E7. Cantabria).**

En un caso, aunque la mujer deseaba el embarazo, decidió interrumpirlo para no establecer un vínculo o compromiso con su pareja. Este sentimiento se puede explicar por el temor a que el embarazo conduzca a una obligación de responsabilidad compartida que no está dispuesta a asumir, especialmente si considera que la relación no es sólida o no desea un vínculo más profundo con su pareja: **“Si hubiera sido yo sola, yo, en aquel momento, lo hubiera tenido, porque sí que me nacía un poco de dentro y me apetecía; pero sí que no, yo no quería generar un compromiso con una persona que...” (E8. Asturias).**

Por otro lado, independientemente de la duración de la relación, en algunas situaciones la pareja manifestó claramente que no deseaba asumir la paternidad. Esta actitud fue decisiva en la toma de decisión, especialmente en mujeres jóvenes que no contaban con el apoyo emocional y económico por parte de su familia. No obstante, esto también se evidencia en mujeres de mayor edad (entre 26 y 35 años) que ya tenían independencia económica pero no deseaban afrontar la maternidad sin el apoyo de su pareja:

Siempre he querido ser mamá. Pero mi pareja, en ese momento, siempre me dijo que no. Pero luego me dijo: “Bueno, ya veremos”. Luego dijo: “Venga, vamos a buscarlo”. Y cuando llegó, que me había quedado embarazada porque lo habíamos estado buscando, pues eso, él me comentó que no, que no (E30. Baleares).

Entre los relatos de las entrevistadas también se descubren embarazos causados por violencia sexual o dentro de una relación caracterizada por la violencia de género. Una de ellas enfrentó ambas situaciones. Su primer embarazo fue fruto de una violación, siendo menor, y su padre la obligó a abortar. Posteriormente, tuvo una relación de pareja de ocho años en la que fue víctima de violencia de género. A lo largo de esos años se produjeron varios embarazos que, inicialmente, ella y su pareja deseaban. Sin embargo, en el momento de comunicarle la noticia o semanas más tarde, su pareja cambiaba de opinión y decidía que el embarazo debía ser interrumpido. En ese contexto, la mujer se veía forzada a abortar, ya que era sometida a violencia verbal, física y psicológica por parte de su pareja para que cumpliera con esa decisión impuesta:

O sea, yo iba con mi pareja que me obligaba a ir ya. O sea, ya con el tiempo, como que empezaron los malos tratos y él me obligaba a tomar la decisión. No tomaba la decisión, evidentemente. Me obligaba a abortar. Entonces, incluso físicamente, o sea, me cogía del pelo y me llevaba al sitio. Que esa fue la última vez con él. Entonces, pues yo iba a este médico con esta pareja y él hablaba. Yo no hablaba (E14. Andalucía).

El acceso a la IVE

Tras tomar la decisión de interrumpir el embarazo se identifican dos factores que influyen en el acceso de las mujeres a la IVE (Figura 4): la falta de información y orientación sobre la IVE y las barreras de índole institucional.

Por un lado, la **falta de información y orientación sobre el procedimiento de la IVE** puede dificultar el acceso a este servicio. Algunas entrevistadas carecían de conocimientos claros sobre varios aspectos del procedimiento, como la legalidad del aborto en España o los plazos establecidos para su realización: “**Buscaba, sobre todo, si era legal, si no era legal. Yo tenía ese miedo y decía, ‘para qué me lo echen para atrás...’.** En un sitio te dicen que hasta las ocho semanas, en otro sitio a las doce. Hay muchísima desinformación sobre eso” (E16. Andalucía).

Por otro lado, también existía desconocimiento sobre el proceso de solicitud (dónde debían dirigirse, qué profesionales debían atenderlas o qué centros disponibles ofrecían el servicio), o las características del procedimiento. Dentro de este último destaca la falta de información sobre su coste y la posibilidad de realizarlo de manera gratuita a través del SNS, lo que puede llevar a algunas mujeres a optar por servicios privados para

interrumpir el embarazo: “Sí, fui a una privada, pero porque tampoco sabía que estaba la pública” (E30. Baleares).

Figura 4. Barreras de acceso a la IVE

BARRERAS DE ACCESO A LA IVE	
Falta de información	<ul style="list-style-type: none">• Legalidad y gratuitidad del servicio• El proceso de solicitud• Características del procedimiento• Posibles consecuencias o riesgos del aborto inducido
Factores institucionales	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de servicios en el sistema público de salud• Objeción de conciencia• Costes económicos derivados del transporte y del procedimiento• Costes temporales y burocráticos

Esta falta de claridad y la confusión generada por la desinformación pueden retrasar la toma de decisión y generar inseguridad, sentimientos de miedo y desconcierto en las mujeres. Además, la falta de conocimiento reafirma las falsas creencias, como la relacionada con el riesgo de no poder volver a quedarse embarazadas en el futuro como consecuencia de la IVE:

O sea, yo esto lo he hablado con mis amigas. Digo, ojo, es que yo tengo clarísimo que quiero ser madre y me encantaría en el futuro tener hijos. Que también es un miedo que tienes, igual por hacer esto en el futuro no voy a poder tener hijos con normalidad, y, para nada (E19. Castilla y León).

Tal como ya se puso de manifiesto en el análisis cuantitativo, los datos cualitativos confirman la existencia de barreras institucionales que dificultan el acceso a la IVE a través del SNS. Estas limitaciones, queemanan del propio sistema, incluyen la escasez o ausencia de servicios médicos donde realizar un aborto que estén próximos al lugar de residencia de las participantes, principalmente debido a la objeción de conciencia del personal sanitario. Esta situación en ocasiones las obliga a desplazarse a otras provincias o comunidades autónomas, lo que implica un gasto adicional en transporte que deben asumir por su cuenta. Este obstáculo se vuelve especialmente problemático para

aquellas que residen en zonas geográficas más aisladas, con conexiones de transporte público limitadas y/o con escasos recursos económicos:

Pues sí que estaba informada de esto ya y sé que, como que, todos los ginecólogos son objetores de conciencia en todo Castilla y León, o algo así, y no lo practican porque no quieren, básicamente. Sí, sí, yo lo sabía. Y también, bueno, pues agradecida de vivir en [provincia de Castilla y León] y de que justo la clínica esté en [provincia de Castilla y León] y no tener que desplazarme si hubiera sido de otra provincia de Castilla y León (E19. Castilla y León).

Finalmente me tuvo que llevar mi madre porque era imposible. O sea, no había transporte público [consecuencia del confinamiento por la pandemia del COVID-19], un taxi ida y vuelta a [ciudad de Castilla y León] era un precio que probablemente yo tampoco habría podido hacer cara a ese gasto. Así que me llevó mi madre en el coche (E20. Castilla y León).

Junto con los costes económicos del transporte, las entrevistadas también deben asumir gastos adicionales de los servicios asociados al procedimiento, como la sedación o anestesia general. Esto condiciona en gran medida la experiencia de las mujeres porque afecta directamente al nivel de dolor que experimentan durante el proceso y se convierte en un factor relevante para las mujeres menores de 26 años, ya que, en muchos casos, no disponen de ingresos estables ni tienen el apoyo económico necesario para cubrir estos costes adicionales:

Nos dieron dos opciones. Una era anestesia local y otra anestesia total. La anestesia total por aquel entonces eran seiscientos euros. La anestesia local eran cuatrocientos euros. Teniendo en cuenta que nos lo iban a pagar nuestros padres... [...] Yo no elegí anestesia total, además de por el dinero, porque te sentías, claro. Era mitad y mitad. Para mis padres esos doscientos euros ya era un esfuerzo económico. Que habrían sido cien euros más, pero yo me sentía fatal (E3. Castilla y León).

A su vez, las participantes mencionaron de manera recurrente las dificultades para concretar una cita con los servicios médicos públicos de salud, lo que genera retrasos en el acceso a la IVE. Esta situación se ve agravada por la excesiva burocracia y la derivación entre diferentes organismos públicos (médico/a de atención primaria, matrona, trabajador/a social, ginecólogo/a, clínica, etc.). Este entramado administrativo y la falta de una atención coordinada no solo retrasa el proceso, sino que también incrementa el estrés y la incertidumbre de las mujeres:

Mucha ecografía, mucho todo. Es como, tío, yo qué sé, pasárosla de unos a otros. No me estéis haciendo cincuenta ecografías [...], que yo lo he pasado fatal en las ecografías. [...] Luego, que

solo eran los jueves por la mañana cuando me daban citas en la clínica, que decía, “Jo, estoy perdiendo un montón de clases” (E12. Valencia).

La demora en la atención médica, consecuencia de las complicaciones administrativas y del periodo obligatorio de reflexión establecido hasta el año 2023, puede poner en riesgo la posibilidad de efectuar la IVE dentro de los plazos establecidos o de elegir el método de interrupción (farmacológico o quirúrgico). Esta situación afecta a las mujeres en el plano físico —con síntomas como pérdida de peso o náuseas— y en el emocional, generando frustración, ansiedad, miedo y estrés:

En lo que me dijeron que tardaría fue por lo público, que no sé si tenía que esperar unos días para confirmar o algo así, y que luego una o, incluso, mínimo era una semana de espera y tenía que ir a [ciudad de Castilla y León]. Entonces, yo también me agobiaba, en plan... Porque yo creo que, ya no sé de cuánto estaba, pero no estaba de poco. Igual dos, tres semanas. Es que no sé. Vamos, de poco en plan... Yo eso no sé cuánto, y yo estaba acojonada (E2. Castilla y León).

Bueno, es que era un viernes, o sea que la semana siguiente me verían y tal, y podría ser que entonces me dijeran: “Estás de diez [semanas], completamente”, y ya no podría hacer el farmacológico (E26. Cataluña).

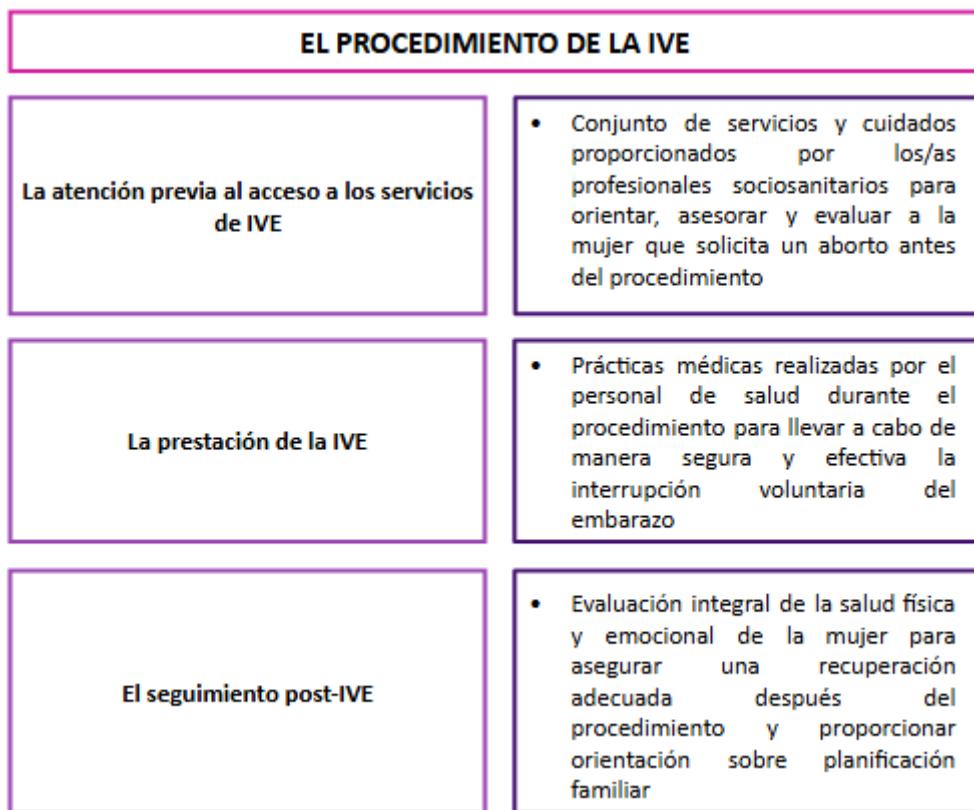
Estos factores pueden motivar la elección de un servicio privado para la realización de la IVE. La agilidad en los trámites de las clínicas privadas es considerada una ventaja frente al SNS:

Fui a esta clínica por eso, porque quería arreglarlo ya. Mejor el lunes que el martes, mejor el martes que el miércoles. [...] Y yo no podía esperar porque tampoco sabía si estaba de seis, de siete, de diez o de dieciséis (E1. Castilla y León).

El procedimiento de la IVE

En el procedimiento de la IVE se diferencian tres momentos principales: la atención previa, la realización del aborto y el seguimiento post-IVE (Figura 5), aunque no existe un protocolo común nacional que establezca los diferentes pasos que las mujeres deben seguir durante todo el proceso. En cada una de las fases intervienen múltiples profesionales de la salud, principalmente, médico/a de atención primaria, matrón/a, trabajador/a social, ginecólogo/a y/o enfermero/a.

Figura 5. Fases del procedimiento de la IVE



La **atención previa** hace referencia al conjunto de servicios y cuidados proporcionados por los/as profesionales sociosanitarios para orientar, asesorar y evaluar a las mujeres que solicitan un aborto antes de llevar a cabo el procedimiento. Entre las entrevistadas que accedieron a la IVE a través del SNS, este proceso usualmente comenzó con su médico/a de atención primaria, quien realizó la derivación a la matrona y al/a la trabajador/a social, encargado/a de tramitar la solicitud.

Tanto en los servicios de salud públicos como en las clínicas privadas, numerosas mujeres reportaron haber recibido una atención previa positiva. Los aspectos más destacados están relacionados con la claridad de la información recibida y el trato cercano por parte del profesional médico, en concreto el apoyo emocional, la sensibilidad y la confidencialidad. Estos factores son fundamentales e influyen en la experiencia de las mujeres:

La matrona súper bien. Encima la matrona que me miró en esa época era súper maja, súper bien. Ella me explicó todo lo que tenía que hacer y para adelante (E4. Castilla y León).

Algo significativo, al menos para mí cuando lo pienso, fue que en el momento en el que entras

en esa clínica todos son muy amables. Y bueno, tú estás ahí un poco como que no sabes por qué, ni cómo (E11. Canarias).

Y eso, al día siguiente tuve cita con la trabajadora social y pues, con ella, muy bien también, la verdad. O sea, al final ella sí que estaba más acostumbrada a gestionar estas cosas y me lo explicó todo muy bien (E19. Castilla y León).

Sin embargo, también se reportaron aspectos negativos durante la atención inicial previa al procedimiento por diversos motivos, entre los cuales destacan: la falta de información, que no solo dificulta el acceso al procedimiento, sino que también aumenta la sensación de vulnerabilidad; la falta de sensibilidad, lo que puede intensificar la angustia de las mujeres que no reciben el cuidado necesario: “**Lo que sí recuerdo en el público fue un poco de desinterés y poco tacto. Y creo que me faltó también información, porque yo estaba super asustada y no sentí que me dieran toda la información que necesitaba**” (E2. Castilla y León); y los juicios morales hacia ellas, que pueden manifestarse a través de actitudes de desaprobación, intentos de persuasión para que continúen con el embarazo o incluso un trato despectivo que refuerza la estigmatización del aborto:

Me dijó [la matrona] que bueno..., que con cuántos me había acostado, no sé qué. Y, bueno, le dije: “Bueno, pues qué más da cuántos” (E7. Cantabria).

Quiero remarcar que ella [la matrona] intentó convencerme de que tuviese al niño, de que no abortase (E18. Castilla y León).

Y luego recuerdo una situación así no muy agradable en el hospital mientras estaba esperando, que ya entré dentro y dentro estaba esperando una enfermera que me hizo el comentario de, dijo que “tantas mujeres buscando hijos ¿no? Y otras, y tú... A ti te vienen y no los quieras”. Fue como un comentario así. Me pareció super heavy. ¿No? Es un juicio que me hizo en ese momento, ¿no? Yo lo viví así (E29. Baleares).

Entre las prácticas que evidencian un trato negativo por parte del personal sanitario, varias participantes destacaron que se les mostró la ecografía o que tuvieron que escuchar el latido del feto sin su consentimiento previo, lo que generó una experiencia incómoda y/o traumática:

Y me hacen una ecografía. Y me enseñan la ecografía cuando yo entrando por la puerta del ginecólogo le digo que me pasa esto y quiero que me diga cómo corto yo este embarazo y él me dice: “Sí, sí, sí. Ahora te lo explico, pero antes vamos a ver que está todo bien”. Me hace la ecografía, me da la ecografía. [Silencio] Que yo me llevé (E3. Castilla y León).

Yo recuerdo, no sé por qué, me hicieron una ecografía por una revisión, no me acuerdo por qué. Pero me hicieron una y recuerdo escuchar el latido y ponerme fatal. Claro, porque no es legal ese momento. También te obligaban a escuchar. Es que no estoy segura, pero recuerdo, y de verlos a ellos, como yo no quería ni verlo ni saber nada. Yo que estaba así, mirando hacia otro lado, pero lo escuchaba todo y aun así lo tenía aquí y eso lo recuerdo bastante traumático (E27. Baleares).

Una vez completados los trámites administrativos, las mujeres deben acudir al centro de referencia designado en su territorio, que se encarga de valorar su solicitud y derivarlas, si procede, al centro sanitario correspondiente -ya sea un hospital público o un centro privado acreditado-. Seguidamente se establece una fecha para la siguiente fase del proceso: la **realización del aborto**, que consiste en la visita al hospital o clínica donde se procede a llevar a cabo el aborto quirúrgico o se suministran los fármacos necesarios.

Las experiencias de las entrevistadas difirieron notablemente según el tipo de método aplicado y el tipo de anestesia suministrada. Respecto al método empleado, parte de las mujeres prefirieron la IVE farmacológica por ser percibida como menos dolorosa e impactante. También porque podían disponer de acompañamiento por parte de su grupo de apoyo: *“Yo ya desde casa venía con la opción de, por favor, que sea farmacológico, porque yo prefiero hacerlo así”* (E13. País Vasco). Como aspectos negativos, señalaron la cantidad de medicamentos ingeridos y la falta de acompañamiento médico y seguimiento:

Lo elegí yo. Bueno, me explicaron las dos opciones y yo lo elegí por los riesgos que me comentaron respecto al otro. Ahora, que el farmacológico, tela, también, ¿eh? Que son no sé si 12 o 19 pastillas. No sé cuantísimas pastillas. Además, te las tienes que tomar unos días antes; un día antes parte de ellas; luego al día siguiente te tomas una bomba de, pues no sé si es algo para el dolor, entiendo. Una barbaridad y, además, es una locura a nivel, también, porque lo gestionas tú en tu casa, lo gestionas tú en tu casa (E5. Cataluña).

Por su parte, aquellas mujeres que realizaron la IVE a través de un procedimiento quirúrgico normalmente no lo hicieron por elección propia, sino debido a los plazos de gestación establecidos, aunque esto varía según la comunidad autónoma: *“Pues ya fue quirúrgico porque ya pasaba el plazo de tiempo, que no sé si son más de 8 semanas”* (E27. Baleares).

Según el tipo de anestesia, se observan diferencias notables en las experiencias de las mujeres. Aquellas que recibieron anestesia local manifestaron haber sentido más dolor e incomodidad durante el procedimiento:

Solo sé que sentía tanto dolor que no te puedo decir que supiese lo que estaban tocando, lo que estaban introduciendo. Yo solo sentía dolor. Entonces, no, ni siquiera sé qué es lo que hicieron. ¡No! Es que no tengo ni puñetera idea. Me lo tendría que explicar otra persona que lo haya vivido o que lo haga. Pero es que no tengo ni idea. Solo sé que había un aspirador porque escuchaba el sonido, pero nada más (E3. Castilla y León).

Dos mujeres aguantándome el útero, porque se suponía que si no se me subía, aplastándome la barriga y llegó la mujer. Me empieza a meter... Me dice: "Esto va a dolerte un poquito, ¿vale? Es una molestia, pero nada".... Y empiezan a hablar entre ellas de que tenían una comida en casa de no sé quién, que quién llevaba empanada, que quién llevaba no sé qué. Me empieza a meter el aspirador, por así decirlo, y a aspirar. Yo no he chillado más en mi vida. Y yo gritando, yo lo miraba a él y él mirándome: "Ya está corazón, tranquila, tranquila, venga, respira, no sé qué, tú tranquila, que es nada y menos". Yo no sé si fueron dos minutos, de verdad, pero para mí fue una hora por lo menos (E16. Andalucía).

Asimismo, muchas describieron un trato frío e impersonal por parte del personal sanitario: **“Pero lo recuerdo más un trámite, el trato fue como acabo esto y esto y te vas. No fue muy cercano tampoco. No lo recuerdo muy cercano, la verdad”** (E27. Baleares). Incluso se destaca una falta de cuidado reflejada en la prisa por dar el alta a las pacientes. De este modo, muchas se vieron obligadas a abandonar la clínica aunque no se sintieran bien física ni emocionalmente, ya que no contaron con el tiempo suficiente para recuperarse de la anestesia ni de los efectos de la intervención:

Porque despachaban súper rápido. O sea, si llega a ser por mi decisión, me había quedado allí un rato más porque estaba muy mareada. Me dieron un zumo. Me dijeron: "Cuando te acabes el zumo, te puedes vestir. Vete" (E12. Valencia).

Y luego como que enseguida, en cuanto... O sea, fue la operación, me llevaron a una habitación y a los veinte minutos me dijeron: "Ya está, te puedes ir a casa". Y nos salimos. Estaba con mi pareja. Y al salir a la puerta, me desmayé. Estaba fatal, con una tensión bajísima. O sea, como que digo: "¿Cómo puede ser eso?" No sé, vas ahora a un hospital y no te dejan irte así (E24. Castilla y León).

Una vez practicada la IVE, se lleva a cabo un **seguimiento médico** por parte del hospital o la clínica y, en algunos casos, de los servicios de planificación familiar. Durante las entrevistas, se solicitó a las mujeres que valoraran el trato recibido por parte de los/as

profesionales que las habían atendido. En algunos casos, el apoyo y la claridad de las instrucciones proporcionadas fueron señaladas como aspectos positivos del seguimiento post-IVE. Sin embargo, en otros casos, el seguimiento no se realizó de manera correcta: las participantes comentaron haberse sentido incómodas durante la cita con la matrona, quien no generó un ambiente de confianza para la revisión y realizó preguntas inapropiadas o innecesarias:

Y después sí que, el siguiente día con la matrona era otra, que era como el alta del CAP [Centro de Atención Primaria], o sea, como para salir un poco del seguimiento. Me tocó otra que tampoco fue la persona más simpática del mundo, porque sí que me preguntó muchas cosas como dando por hechas: “Bueno, tenías pareja, ¿no?.. Y yo: “No”. “Vale, y ahora sí que tienes pareja, ¿no?”. Y era como... Bueno (E26. Cataluña).

Por último, los testimonios muestran una presión generalizada por parte de los servicios de planificación familiar para que las mujeres adopten un método anticonceptivo tras la IVE. Esta presión se manifiesta de diversas formas: desde recomendaciones insistentes hasta comentarios que invalidan las decisiones personales de las pacientes. Muchas mujeres señalaron que, a pesar de negarse a utilizar un método anticonceptivo, los/as profesionales sociosanitarios asumieron automáticamente que querían o deberían utilizar uno después del procedimiento:

En plan, me derivaron, me derivaron directamente a anticoncepción y, bueno, pues eso, me obligaban, de decir: “Es que te tienes que poner un método, el que quieras, o anticonceptivo o pastillas anticonceptivas o DIU o implante o lo que quieras, pero algo”. Me quedaba.... Sí, la verdad es que yo ahí me quedé un poco de decir: “Bueno, pero, es que si no quiero...”. En plan, me daba igual porque digo, pues mira, pues me lo pongo y me quito de historias (E12. Valencia).

El impacto posterior de la IVE

El impacto de la IVE en las mujeres varía en función de sus circunstancias personales, el contexto que las rodea y sus experiencias durante y después del procedimiento. Como resultado del análisis de entrevistas, se han identificado cuatro tipos principales de consecuencias asociadas a la IVE: el efecto físico, el impacto emocional y psicológico, las repercusiones en la esfera sexual y la influencia en el ámbito social y relacional (Figura 6).

Figura 6. El impacto posterior a la IVE

CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA IVE	
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> Malestar físico, cansancio o debilidad Dolor estomacal, vómitos o pérdida de apetito Hipotensión Sangrado
Emocionales y psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> Positivo: tranquilidad, satisfacción, alivio y calma Negativo: tristeza o ira, depresión, ansiedad, culpa
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> Menor apetito sexual Miedo a tener un nuevo embarazo Sobreconciencia de los riesgos de no usar protección
Sociales y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de aislarse Afianza la relación de pareja o la debilita

En primer lugar, la mayor parte de entrevistadas expresaron haber experimentado malestar **físico** durante el primer mes de recuperación, que habitualmente compararon con la menstruación: **“Sí que es cierto que, durante el primer mes, pues claro, todo eso está como hinchado, estás dolorida, tienes como un dolor como de regla fuerte, como así tal”** (E1. Castilla y León). Este suele ir acompañado de otros síntomas como cansancio, debilidad en las piernas, vómitos, sangrado, hipotensión, pérdida de apetito y dolor estomacal, entre otros. A pesar de todo ello, las complicaciones y problemas médicos durante la recuperación son poco frecuentes y las mujeres suelen requerir principalmente reposo y, en algunos casos, analgésicos:

Creo que lo más, donde mayor lo noté, fue físicamente. Al principio, porque de repente ya podía andar, porque me costaba mucho el hacer distancias largas y, sobre todo, es que no podía porque me daban bajadas de tensión y ganas de vomitar y no podía hacer mi vida normal. Y empecé otra vez a ir a clase y yo me sentía rara. Estomacialmente, me sentía como rara y no me sentía bien (E7. Cantabria).

En segundo lugar, el aborto también tiene una serie de consecuencias **emocionales y psicológicas** para las mujeres. La mayoría afirmaba no haberse arrepentido de la decisión tomada y sentir tranquilidad, satisfacción, alivio y calma una vez que habían

interrumpido el embarazo: “**Recuerdo estar muy bien. O sea, recuerdo haberme quitado un peso encima y ya empezar a estar bien, porque fueron dos meses muy duros para mí, muy, muy duros para mí**” (E18. Castilla y León). A pesar de ello, algunas de las entrevistadas expresaron vivir un malestar psicológico generalizado, describiendo la situación como “traumática”, “terrible”, “complicada” o “dura”. Así, era frecuente mencionar sentimientos de tristeza o ira: “**Estaba tristona. Sí, muy triste y enfadada**” (E11. Canarias). En un número reducido de casos, este malestar se caracteriza por el arrepentimiento y la ambivalencia: “**(...) estaba yendo para clase y de repente vi a un bebé que estaba yendo a dar un abrazo a su madre y dije ‘joder, igual la he cagado’.** **Pero luego se me pasó cuando llegué a clase**” (E7. Cantabria).

Además, algunas de las participantes afirmaron que la IVE tuvo un impacto a nivel psicológico a largo plazo. Así, en algunos casos, la experiencia derivó en una depresión causada por el trauma: “**Hombre, estuve con trauma**” (E23. Cantabria). Esta situación se caracterizó por la ansiedad, la culpa y la existencia de pesadillas recurrentes: “**Estuve muchos meses que tenía muchas pesadillas con sangre, con niños chicos. [...] Había una parte de mí como que yo sentía que había matado a un niño [...] A mí todo esto me causó un cuadro de ansiedad**” (E16. Andalucía); el llanto continuo: “**Y ahí yo seguía llorando, me tiré llorando cada vez que lo contaba, por lo menos un año y medio**” (E15. Castilla y León); o, incluso, en uno de los casos llegó a producirse un intento de suicidio: “**Tuve el primer intento de suicidio después del aborto**” (E14. Andalucía). Ante esta situación, casi la mitad de las entrevistadas afirmaron haber recibido ayuda psicológica para gestionar las emociones y sentimientos derivados de la IVE, recurriendo en su mayoría a servicios privados: “**Me ayuda mucho. Pues eso, al final es vivir un luto, porque al final es lo que es. Es un proceso de muerte**” (E13. País Vasco). Así, algunas participantes destacaron la falta de apoyo por parte del SNS al no recibir información ni asesoramiento psicológico durante el proceso, aspecto que consideran fundamental:

A nivel psicológico, igual sí que creo que hubiera necesitado hablar con alguien en ese momento, que también creo que estaría bastante bien que te proporcionaran la opción de hablar con una psicóloga, aunque fuera una consulta, para ver hasta qué punto te está afectando eso y si está teniendo secuelas realmente o no (E19. Castilla y León).

En tercer lugar, la IVE puede afectar a la **sexualidad** de las mujeres, alterando su deseo o la manera en la que viven sus relaciones sexuales. Algunas entrevistadas mencionaron

una disminución del apetito sexual debido al temor a experimentar dolor tras el aborto: “**Me costó volver a tener, no mucho, pero me costó volver a tener relaciones. Me daba como miedo que me fuera a doler o algo, que, para nada, luego no me dolió nada. Pero no sé, me daba como cosa**” (E28. Baleares). Además, muchas de las participantes expresaron haber sentido “miedo”, “terror”, “pánico” o “pavor” ante la posibilidad de un nuevo embarazo no deseado en las semanas y meses posteriores a la IVE: “**Tengo un poco ahí de terror de que me vuelva a pasar lo que me pasó una vez**” (E20. Castilla y León). En consecuencia, algunas comenzaron a utilizar anticonceptivos hormonales a pesar de no estar conformes con su uso o recurrieron al doble método (anticonceptivo hormonal y método de barrera). Esto evidencia una mayor conciencia sobre los riesgos asociados a la ausencia de protección y una preocupación constante que solo desaparece cuando las mujeres comprueban su eficacia:

Me he pasado años tomando la píldora por miedo y terror a que me pase lo mismo, o sea, yo tenía un retraso aun tomándome la píldora y estaba llorando en mi casa desesperada. De verdad, pánico, o sea, yo sabía que la píldora me estaba haciendo daño y era incapaz de dejarla porque solo pensaba “es que como me quedé embarazada otra vez, ¿qué hago yo sola con...?”

(E3. Castilla y León).

En cuarto lugar, en el **ámbito social y relacional**, las mujeres pueden afrontar dificultades en sus relaciones sociales dependiendo de la actitud y el apoyo que recibieron de su entorno. Aunque se trata de casos excepcionales, la IVE puede provocar conflictos familiares, especialmente en mujeres menores de 26 años, debido al estigma y control parental. En un caso, esta situación derivó en violencia física: “**Se obsesionaba mucho conmigo. Cuando yo bajaba a la calle, me perseguía, me pegaba. Fue una violencia brutal de parte de mi padre. Cualquier cosa, él la interpretaba como que yo intentaba llamar la atención de hombres**” (E14. Andalucía). No obstante, independientemente del apoyo recibido, algunas participantes mencionaron que los días e incluso semanas posteriores a la IVE sintieron la necesidad de dormir, “aislarse” o “desconectar” de su círculo cercano: “**Yo tuve una temporada de estar así, como más aislada**” (E1. Castilla y León).

Por último, cabe destacar el impacto de la IVE en las relaciones de pareja: en algunos casos fortalece el vínculo, mientras que en otros puede debilitarlo e incluso llevar a la

ruptura. Esto depende del tipo de relación y del nivel de compromiso y apoyo brindado por la pareja. Al respecto, dos de las entrevistadas expresaron:

Y traumático también porque, fíjate, después de esta situación, también mi relación con este chico con el que me quedé embarazada cambió por completo. Claro, no seguimos teniendo una relación, nos estábamos conociendo y quizá, pues si no hubiera pasado esto, podríamos habernos conocido un poco más (E5. Cataluña).

Realmente lo que más me afectó fue en que me sirvió para decidir continuar con esa pareja y de hecho es la persona con la que me casé y demás. Como que haber transitado ese momento, haber sentido ese apoyo, haber planteado, porque hubo días y horas en las que me planteaba que esa persona fuera la persona con la que tener un hijo. Pues, al final, generó unos apoyos, una manera de enfrentarse a los problemas, generó unos vínculos y realmente tuvo una consecuencia de compromiso digamos (E8. Asturias).

CONCLUSIONES

El acceso efectivo a la IVE en España sigue sin ser plenamente universal, equitativo y gratuito. Aunque la legislación ha avanzado en términos de reconocimiento del derecho a decidir, la realidad vivida por las mujeres revela persistentes barreras estructurales, institucionales y sociales que dificultan su ejercicio pleno.

Una de las principales limitaciones identificadas es la marcada desigualdad territorial en la prestación del servicio. La ausencia de centros públicos en determinadas regiones y la objeción de conciencia no regulada de parte del personal sanitario obligan a muchas mujeres a desplazarse fuera de su comunidad, lo que incrementa los costes económicos, temporales y emocionales. Esta situación genera una clara dependencia del sistema privado, incumpliéndose así el principio de equidad en la atención sanitaria, lo que afecta especialmente a quienes cuentan con menos recursos. Además, las desigualdades sociales —como un bajo nivel educativo, el desempleo o unos ingresos precarios— inciden en el riesgo de recurrir a una IVE, al influir tanto en la probabilidad de experimentar un embarazo no deseado como en la capacidad de afrontarlo.

Los testimonios de las mujeres entrevistadas revelan la falta de acceso a métodos anticonceptivos adecuados, la falta de información fiable y la presión del entorno para optar por determinadas soluciones, lo que pone de manifiesto cómo las condiciones materiales de vida influyen decisivamente en la toma de decisiones. De manera similar, las prácticas sanitarias centradas más en la eficiencia que en el cuidado intensifican la sensación de vulnerabilidad. A esto se suman los efectos de un estigma social persistente que sigue marcando la vivencia del aborto y que muchas mujeres han interiorizado en forma de culpa, vergüenza o aislamiento.

La investigación evidencia la necesidad de fortalecer las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva para garantizar un acceso equitativo, informado y seguro a la IVE. En primer lugar, los datos del estudio muestran fallos frecuentes en el uso o acceso a anticonceptivos, lo que enfatiza la necesidad de ampliar la oferta pública de métodos anticonceptivos (incluidos los no hormonales), garantizar su gratuidad y mejorar la información disponible sobre ellos.

Además, la educación sexual integral y la promoción de la salud son pilares fundamentales para fomentar el conocimiento sobre fertilidad, anticoncepción y el propio cuerpo, lo que contribuye a prevenir embarazos no planificados. También es fundamental desarrollar políticas orientadas a la detección temprana del embarazo, ya que el acceso tardío a la IVE incrementa los riesgos físicos y emocionales para las mujeres.

Uno de los principales retos es asegurar una red pública de servicios accesible, suficiente y equitativamente distribuida en el territorio. La escasez de centros especializados, añadida a la objeción de conciencia, no siempre regulada adecuadamente, obliga a muchas mujeres a desplazarse a otras provincias, por lo que asumen costes adicionales y retrasan el acceso al procedimiento. Esta situación afecta especialmente a mujeres jóvenes, con escasos recursos o residentes en zonas rurales, perpetuando así las desigualdades territoriales y sociales en salud reproductiva.

Asimismo, resulta imprescindible simplificar el circuito sanitario y eliminar trámites administrativos que retrasen la atención. Es crucial considerar estos procedimientos como prestaciones sanitarias de urgencia y adaptar los horarios y condiciones de los servicios, como los de planificación familiar, a las necesidades reales de las usuarias, especialmente en el caso de mujeres más vulnerables, como aquellas en situaciones de precariedad laboral y las mujeres inmigrantes.

Además, se deben reforzar los sistemas de información y registro sanitario, incorporando variables como el país de origen y otras dimensiones sociodemográficas relevantes, con el fin de diseñar intervenciones específicas y culturalmente adecuadas.

El trato recibido por parte del personal sanitario tiene un impacto directo en la experiencia de las mujeres. Algunas relatan haber sido atendidas con sensibilidad y profesionalidad, mientras que otras vivieron situaciones marcadas por la falta de información, la deshumanización o el juicio moral. La anterior situación pone de relieve la urgencia de formar y sensibilizar a los/as profesionales sanitarios/as, de forma que se promueva una atención basada en derechos, libre de estigmas y adaptada a las nuevas realidades sociales. Se deben reforzar las competencias profesionales, así como mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales (atención primaria, planificación familiar

y hospitales) y establecer protocolos claros que garanticen una atención centrada en las necesidades de cada mujer.

Finalmente, es fundamental integrar el seguimiento postaborto como parte esencial de la atención sociosanitaria. La diversidad de reacciones emocionales tras la IVE requiere un abordaje respetuoso y no patologizante, que contemple el acompañamiento psicológico y la continuidad de los cuidados desde una perspectiva integral.

Las políticas públicas deben, por tanto, garantizar no solo el acceso legal a la IVE, sino también su realización en condiciones dignas, seguras y respetuosas. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo de salud sexual y reproductiva verdaderamente equitativo, donde la decisión de interrumpir un embarazo no esté mediada por las desigualdades, el juicio o el abandono institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Bajos, N., y Ferrand, M. (2004). De la contraception a l'avortement: sociologie des grossesses non prevues. *Population*, 59(1), 178. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=927972>
- Bracken, M. B., y Kasl, S. V. (1975). Delay in seeking induced abortion: a review and theoretical analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 121(7), 1008-1019. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(75\)90929-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(75)90929-1)
- Capodiferro, D. (2015). *La objeción de conciencia a la interrupción del embarazo*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=752003>
- Capodiferro, D. (2016). La evolución de la regulación del aborto en España: perspectivas teóricas y proyección normativa. *Anuario da facultade de dereito da Universidade Da Coruña*, 20, 72-97. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6289653>
- De Zordo, S. (2017). From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña. *Global Public Health*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1293707>
- Estévez, E., y Cruz, M. (2024). Aborto en Melilla: barreras de océano y frontera. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102355. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102355>
- Fernández, M. I., Carrillo, F., Leal, M., Carrillo, I., Carrillo, E., Lozano, M. L., Fernández, S., y Pastor, L. M. (2010). Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. *Cuadernos de Bioética*, XXI(3), 313–326. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698002>
- Ferrer, L. (2012). *Lògiques socials i decisions individuals de la interrupció voluntària de l'embaràs: Espanya a través d'una perspectiva comparada*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona] <https://www.tdx.cat/handle/10803/117441>
- Ferrer, L., y Solsona, M. (2018a). La interrupción voluntaria del embarazo en la Cataluña del siglo XXI. *Papers. Revista de Sociología*, 103(1), 75–100. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2212>

Ferrer, L., y Solsona, M. (2018b). The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociology of Health & Illness*, 40(6), 1087-1103. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12744>

Font-Ribera, L., Pérez, G., Salvador, J., y Borrell, C. (2008). Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *Journal of Urban Health*, 85(1), 125–135. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9233-z>

Foster, D. G., Gould, H., y Biggs, M. A. (2021). Timing of pregnancy discovery among women seeking abortion. *Contraception*, 104(6), 642–647. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.07.110>

Frederiksen, B., Ranji, U., Salganicoff, A., y Long, M. (2021). *Women's sexual and reproductive health services: key findings from the 2020 KFF Women's Health Survey*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/womens-sexual-and-reproductive-health-services-key-findings-from-the-2020-kff-womens-health-survey/>

Fuentes, L., y Jerman, J. (2019). Distance Traveled to Obtain Clinical Abortion Care in the United States and Reasons for Clinic Choice. *Journal of Women's Health*, 28(12), 1623–1631. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7496>

González-Rábago, Y., Rodríguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., y Martín, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17(69). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3984-y>

Guilbert, E., Marcoux, S., y Rioux, J. E. (1994). Factors associated with the obtaining of a second-trimester induced abortion. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 85(6), 402–406. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7895215/>

Hobcraft, J. (2006). The ABC of demographic behaviour: How the interplays of alleles, brains, and contexts over the life course should shape research aimed at understanding population processes. *Population studies*, 60(2), 153-187. <https://doi.org/10.1080/00324720600646410>

Iseyemi, A., Zhao, Q., McNicholas, C., y Peipert, J. F. (2017). Socioeconomic Status As a Risk Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project. *Obstet Gynecol*, 130(3), 609-615. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002189>

Jones, R. K. (2024). An estimate of lifetime incidence of abortion in the United States using the 2021–2022. Abortion Patient Survey. *Contraception*, 135, 110445. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110445>

Lerner G. (1986). *The creation of patriarchy*. Oxford: Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/the-creation-of-patriarchy-9780195051858?cc=es&lang=en&>

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 166, 12 de julio de 1985, 22041. <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*, 55, 4 de marzo de 2010, 21001-21014. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 227, 22 de septiembre de 2015, 83586–83587. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11/con>

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, 1 de marzo de 2023, 30334–30375. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>

Llácer, A., Morales, C., Castillo, S., Mazarrasa, L., y Martínez, M. L. (2006). El aborto en las mujeres inmigrantes: Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index de Enfermería*, 15(55), 13–17. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300003&lng=es&tlng=es

López, S. (2015). Relatos que condicionan experiencias: implicaciones de los relatos de las políticas públicas sobre violencia contra las mujeres y aborto en España. *Revista de*

estudios políticos, 167, 165-191.

<https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/38801>

Ministerio de Sanidad (2022). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2021* [archivo de datos]. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

Morillo, Á., Aldana, J. M., Moreno, J., Sillero, R., y Nieto, P. (2007). Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Atención Primaria*, 39(6), 313–318. <https://doi.org/10.1157/13106287>

Moure, A., y Cernadas, A. (2020). Percepción del alumnado de medicina sobre la objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo en Galicia. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.007>

Mukkavaara, I., Öhrling, K., y Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5), e720–e725. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.011>

O'Donnell, J., Goldberg, A., Lieberman, E., y Betancourt, T. (2018). "I wouldn't even know where to start": unwanted pregnancy and abortion decision-making in Central Appalachia. *Reproductive Health Matters*, 26(54), 98–113. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1513270>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: Resumen Ejecutivo [Abortion Care Guideline: Executive Summary]*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045163>

Orjuela-Ramírez, M. E. (2012). Aborto voluntario y actividad laboral. Reflexiones para el debate. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 112-121. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42223293010>

Palacios, M., González, Y., y Valencia, D. (2017). *Interrupción voluntaria del embarazo y las motivaciones que conducen a la práctica del aborto* [Tesis Doctoral, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. <https://repository.uniminuto.edu/items/d7d5575c-9897-46d9-9350-e7604bcd3a10>

Pellico-López, A., Paz-Zulueta, M., Manjón-Rodríguez, J. B., Sánchez, M., Ajo, P., García, J. y Ruiz-Azcona, L. (2022). Evolution of legislation and the incidence of elective abortion in Spain: A retrospective observational study (2011–2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9674.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19159674>

Perez, G., Gotsens, M., Cevallos-García, C. y Felicitas Domínguez-Berjón, M. (2019). The impact of the economic recession on inequalities in induced abortion in the main cities of Spain. *European Journal of Public Health*, 29(2), 279-281.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky250>

Rash, V., Yambesi, F., y Massawe, S. (2008). Medium and longterm adherence to postabortion contraception among women having experienced unsafe induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 32, 1-8.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-32>

Requena, M., y Stanek, M. (2024). Differential rates of induced abortion in Spain: Educational attainment and age among native and immigrant women. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102419. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102419>

Rossier, C. (2003). Estimating Induced Abortion Rates: A review. *Studies In Family Planning*, 34(2), 87-102. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2003.00087.x>

Rossier, C., Michelot, F., Bajos, N., y CoconGroup. (2007). Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Studies in family planning*, 38(3), 163-172. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x>

Ruiz, M. T., Cabré, A., Castro, T., y Solsona, M. (2008). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: Crónica de una (r)evolución*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=440153>

Ruiz-Ramos, M., Ivañez-Gimeno, L., y García, F. J. (2012). Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 504–511.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.017>

Sedgh, G., Bankole, A., Singh, S., y Eilers, M. (2012). *Legal abortion levels and trends by women's age at termination. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(3), 143–153. <https://doi.org/10.1363/3814312>

ANEXO

Tabla A1. Evolución de centros, por provincia y titularidad, donde se han realizado IVE (2011-2023)

	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	Tot.	Publ.	Priv.																																				
Almería	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2						
Cádiz	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3						
Córdoba	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1						
Granada	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2						
Huelva	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1						
Jaén	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Málaga	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4						
Sevilla	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	3	0	3	2	0	2	2	0	2			

Murcia	7	2	5	7	2	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	7	2	5
La Rioja	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0

Publicación financiada por

