

INFORME

Situación del aborto en la sanidad pública

Evolución y medidas para la accesibilidad

Octubre de 2025



MINISTERIO
DE SANIDAD

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	3
Antecedentes de la interrupción del embarazo en España	5
La interrupción del embarazo en España y el papel de los proveedores públicos.	8
Evolución en el periodo 2015-2024	10
CCAA que han incrementado notablemente la realización en centros públicos partiendo de cifras reducidas.	12
CCAA que, partiendo de cifras intermedias, han mantenido un incremento moderado.	13
CCAA que en los últimos años han comenzado a incrementar la prestación en centros públicos.	13
CCAA (y ciudades autónomas) que tienen poca o ninguna proporción de IVE realizadas en centros públicos a lo largo del periodo.	14
Datos de IVE en centros públicos desde la entrada en vigor de la última reforma legislativa en 2023	17
CCAA que realizan por encima del 60% de IVE en centros públicos.	18
CCAA que realizan entre un 20% y un 60% de las IVE en centros públicos.	19
CCAA (y ciudades autónomas) que realizan menos del 20% de las IVE en centros públicos.	19
Distribución de la interrupción voluntaria del embarazo por semanas de gestación	21
Aborto y edad avanzada de la gestación: un análisis a partir de la semana 22.	23
Modelos de solución. Buenas prácticas extraídas del análisis de los datos.	27

Resumen ejecutivo

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE)¹ ha experimentado grandes avances en su regulación durante los 50 años de democracia.

En los últimos años, tras la última reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se han puesto en marcha diversas iniciativas relacionadas con las garantías de accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente en el ámbito del sistema sanitario público. Por ejemplo, la aprobación de una “Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)” por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Tras la reforma de la ley del 2023, las comunidades autónomas (CCAA) están obligadas a crear registros de objetores de conciencia para profesionales sanitarios. Sin embargo, una de las tareas que sigue quedando pendiente es la normalización y generalización de su práctica en los centros sanitarios públicos.

La realización de las IVE en el sistema público ha experimentado, en la última década, una progresión variable en función de la comunidad autónoma. Por un lado, en regiones como Cantabria, Galicia, La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra, ha logrado alcanzar una proporción que supera el 75%, lo que demuestra cómo es posible incorporar a los centros públicos este tipo de prácticas evitando que queden circunscritas a centros privados. Por otro lado, hay otras regiones, la mayoría hasta ahora, donde la práctica de la IVE en centros públicos es minoritaria, anecdótica o, incluso, ausente.

Si prestamos atención a las tres CCAA en las que se realizan más de la mitad de las IVE, sin importar la titularidad del centro sanitario, (Cataluña, Andalucía y la Comunidad de Madrid, de mayor a menor número de IVE), podemos observar cómo solamente Cataluña presenta una proporción importante de IVE realizadas en centros públicos (55,1%), mientras que Andalucía (0,2%) y la Comunidad de Madrid (0,47%) presentan un sistema de interrupción del embarazo en centros privados de manera casi total.

La distribución de la IVE en centros públicos muestra también heterogeneidad si se analiza la semana de gestación en la que se realiza o el método escogido para ello. Todo ello queda reflejado en este informe que termina identificando algunos elementos clave a la hora de estructurar la prestación de la IVE en las CCAA, tales como la

¹ A lo largo de este texto se utilizan de manera intercambiable los conceptos “interrupción voluntaria del embarazo”, “interrupción del embarazo” y “aborto”, aceptando que aunque puedan representar casuísticas diferentes, son similares en lo que respecta al objeto de este informe.

concentración/desconcentración o su provisión en centros especializados o generalistas, analizando sus fortalezas y debilidades.

Antecedentes de la interrupción del embarazo en España

España ha transitado un largo camino hasta llegar a la legislación actual sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Aunque hubo algunos antecedentes de legalización durante la II República, el aborto estuvo completamente prohibido durante el Franquismo. Fue tras la vuelta de la democracia a España cuando en 1985 se aprobó la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, que establecía un modelo de supuestos que incluían el riesgo para la salud de la mujer; que el embarazo fuera fruto de una violación que hubiera sido denunciada, siempre y cuando la gestación no superara las 12 semanas; y la existencia de malformaciones fetales graves hasta las 22 semanas.

Veinticinco años después, en 2010, se aprobó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ahí se pasó de un modelo de supuestos a un sistema de plazos, que dividía la gestación en tres periodos, existiendo diferentes requisitos para el acceso a la IVE en función del momento: I) hasta la semana 14, sin supuestos y contemplándose, de manera obligatoria, recibir información y un periodo de reflexión de tres días, II) entre las semanas 14 y 22, por motivos médicos y III) tras la semana 22, en supuestos concretos muy excepcionales mediante la intervención de un tribunal.

El paso de un sistema de supuestos a uno de plazos supuso una transformación radical en la concepción de la IVE en nuestro país, no siendo preciso que las mujeres que requerían una IVE tuvieran que realizar ninguna justificación al respecto durante las primeras 14 semanas, y reconociendo la IVE como un derecho de las mujeres que ha de ser protegido por los poderes públicos.

La reforma del año 2010 incorporó, además, la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años para considerarlas como mayores de edad a efectos de la IVE; sin embargo, en el año 2015, mediante 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, se modificó este aspecto, requiriéndose la autorización parental para poder llevarse a cabo.

Más recientemente, se aprobó la última reforma legislativa que se ha llevado a cabo en relación con la IVE, 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, que devolvió la autonomía a las mujeres de 16 y 17 años para poder decidir sobre la realización de una IVE sin necesidad de autorización parental, eliminó el periodo obligatorio de reflexión e incorporó una visión transversal del derecho al aborto desde la perspectiva de los derechos humanos.

Además, en lo que se refiere a facilitar la mejora de la accesibilidad de la IVE en el sistema sanitario público, instauró la obligatoriedad de crear registros de objetores de conciencia para profesionales sanitarios y obligó a que todas las IVE se realizaran en centros públicos o privados acreditados.

Más allá del ámbito legislativo, en los últimos años el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha aprobado el protocolo que ha de regir la creación de los registros de objetores de conciencia para la prestación de la IVE, que han de ser desarrollados por las comunidades autónomas (CCAA). Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, solo se pueden admitir como objetores de conciencia a los profesionales sanitarios que intervienen directamente en un proceso de interrupción voluntaria del embarazo, es decir, ginecólogos, anestesistas, enfermeras auxiliares y matronas, no admitiéndose otro tipo de personal. La reforma de 2023 estableció la obligatoriedad por parte de las CCAA y de INGESA de disponer de un registro de personas objetoras de conciencia tanto para el ámbito público como para el privado. A fecha de septiembre de 2025, todas las CCAA y Ceuta y Melilla, competencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), han desarrollado este registro salvo cuatro: Aragón, Asturias, Illes Balears y la Comunidad de Madrid. En estas regiones todavía no se ha iniciado la tramitación a nivel normativo del registro de objetores.

Además, en el año 2025 el CISNS aprobó la Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).² El objeto de la guía es una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS en la atención a la IVE mediante los métodos farmacológico, instrumental y quirúrgico.

A pesar de las modificaciones que ha habido a nivel normativo y el avance en materia de acciones que mejoren la cohesión del SNS en cuanto a la realización de IVE en centros sanitarios públicos, las cifras disponibles muestran que existe margen de mejora en cuanto a la accesibilidad a las IVE en la sanidad pública.

² Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). 2025. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/guiasProtocolos/guiaIVE2025/docs/GUIA_IVE_MS_2025.pdf

La interrupción del embarazo en España y el papel de los proveedores públicos.

La relevancia de la prestación del aborto en los centros sanitarios públicos tiene varias dimensiones que pueden ser destacadas:

- Huir de la *doble privatización* de la IVE, según la cual el aborto es algo que no ha de situarse en el ámbito de lo común y debe quedarse recluido en lo íntimo y no comunicado. Además, debe prestarse por proveedores privados diferenciados de los centros sanitarios públicos donde se hacen prácticamente todas las demás prestaciones incluidas en el SNS.
- El ejercicio efectivo de la libertad de elección: la ausencia de circuitos de derivación en los que los proveedores públicos sean una posibilidad hace que se reste libertad de elección en lo relacionado con el tipo de proveedor de las IVE.
- La pérdida de la continuidad en el binomio embarazo-aborto: este fenómeno, que puede ser considerado menos crucial en las gestaciones interrumpidas durante el primer trimestre, cobra especial importancia en las IVE que se producen en semanas más avanzadas de gestación, dado que muchas mujeres que son atendidas en centros públicos durante el embarazo dejan de serlo en el momento en el que precisan de una IVE, siendo desplazadas de su lugar habitual de atención y perdiendo la longitudinalidad a ese respecto. Un ejemplo para ilustrar la importancia de esta continuidad se encuentra en la capacidad que esta puede tener para facilitar abordajes en el ámbito de la salud mental perinatal
- La paradoja comunicación-prestación: 3 de cada 4 mujeres a la que se realiza una IVE se informa en un centro sanitario público acerca del proceso. Sin embargo, 4 de cada 5 ven cómo ese proceso se realiza en un centro privado. Si la comunicación se produce de manera abrumadoramente mayoritaria (sólo Aragón y Asturias presentan un mayor número de episodios informados en centros privados), puede ser lógico pensar que se dé continuidad al proceso de la prestación en centros de la misma titularidad.

A pesar de estas dimensiones, la falta de realización de interrupciones voluntarias del embarazo en los centros sanitarios públicos ha sido, históricamente, uno de los grandes déficits de la prestación de la IVE en España. La aprobación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo entró en vigor el 1 de marzo de 2023 sirvió para remarcar el papel del SNS como proveedor en el caso de las IVE,

estableciendo la necesidad de crear registros de objetores de conciencia y obligando a la disponibilidad de centros públicos o privados acreditados que dispongan de estos servicios.

Analizando la imagen general de la IVE en el ámbito público en España, existe gran variabilidad en la tasa de realización de IVE entre las diferentes CCAA³. En la Figura 1 se puede observar cómo se relaciona esta tasa (IVE por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años) con la proporción de IVE realizadas en centros públicos. Los datos no parecen indicar una correlación clara. Por ejemplo, Navarra, Galicia y La Rioja, con una tasa baja de IVE, presentan un elevado porcentaje en centros públicos; por otro lado, la Comunidad de Madrid destaca por tener la tercera tasa de IVE más elevada del país y, sin embargo, presentar uno de los porcentajes más bajos de IVE en centros públicos.

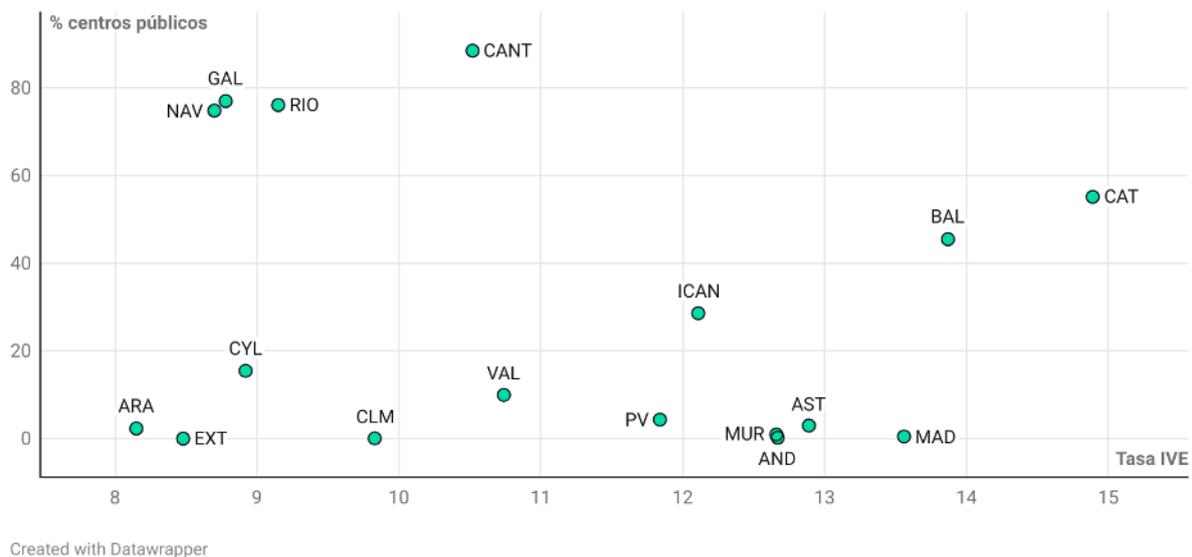


Figura 1. Relación entre la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) por cada IVE (número de IVEs por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años) y el porcentaje de IVE realizadas en centros públicos (2024). CANT: Cantabria; GAL: Galicia; RIO: La Rioja; NAV: Comunidad Foral de Navarra; CAT: Cataluña; BAL: Islas Baleares; ICAN: Canarias; CYL: Castilla y León; VAL: Comunidad Valenciana; PV: País Vasco; AST: Principado de Asturias; ARA: Aragón; MUR: Región de Murcia; MAD: Comunidad de Madrid; AND: Andalucía; CLM: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; CEU: Ceuta; MEL: Melilla. Fuente: Ministerio de Sanidad.

En los siguientes apartados vamos a analizar cómo han evolucionado las CCAA en lo que se refiere a la realización de IVE en centros públicos en la última década, desde el 2015 hasta el 2024, y cuál es la situación en la que se encuentran en la actualidad.

³ Para este informe se han utilizado los datos del sistema de información sobre interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Sanidad. El último informe, correspondiente a los datos de 2024, está disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2024.pdf

Evolución en el periodo 2015-2024

En la Figura 2 se muestra la evolución de la proporción de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en las diferentes CCAA a lo largo del periodo del estudio. Al inicio de los diez años analizados, tan solo dos CCAA mostraban datos superiores al 33% de las IVE realizadas en centros públicos: Cataluña e Islas Baleares. A pesar de haber ido incrementándose de manera paulatina en estas regiones el porcentaje de IVE realizadas en centros públicos, en el año 2024 no se encontraban entre las CCAA con un mayor porcentaje de IVE en centros sanitarios públicos.

Atendiendo a los datos que se muestran en la Figura 2, podemos dividir a las CCAA en cuatro grupos en función de la evolución de la realización de IVE en centros públicos:

- Las que han incrementado notablemente la realización en centros públicos partiendo de cifras reducidas.
- Las que, partiendo de cifras intermedias, han mantenido un incremento moderado.
- Las que en los últimos años han comenzado a incrementar la prestación en centros públicos.
- Las que tienen poca o ninguna proporción de IVE realizadas en centros públicos a lo largo de todo el periodo.



Created with Datawrapper

Figura 2. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo por CCAA (2015-2024). CANT: Cantabria; GAL: Galicia; RIO: La Rioja; NAV: Comunidad Foral de Navarra; CAT: Cataluña; BAL: Islas Baleares; ICAN: Canarias; CYL: Castilla y León; VAL: Comunidad Valenciana; PV: País Vasco; AST: Principado de Asturias; ARA: Aragón; MUR: Región de Murcia; MAD: Comunidad de Madrid; AND: Andalucía; CLM: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; CEU: Ceuta; MEL: Melilla. Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA que han incrementado notablemente la realización en centros públicos partiendo de cifras reducidas.

Es el caso de Cantabria (88,5% de IVE en centros públicos en el último año), Galicia (77,01%), La Rioja (76,11%) y Navarra (74,83%).

En el caso de Cantabria, fue la primera Comunidad Autónoma en superar el 50% de las IVE realizadas en centros públicos en el año 2020. Galicia y Navarra han tenido una evolución notable y mantenida en los últimos años del porcentaje de IVEs en centros públicos, mientras que La Rioja ha experimentado un gran y rápido aumento en los últimos dos años, coincidiendo con el periodo de vigencia de la modificación de la Ley 2/2010.

	Cantabria		Galicia		La Rioja		Comunidad Foral de Navarra	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
2015	58	6,16	271	8,43	26	7,41	9	0,98
2016	58	6,84	352	11,21	26	6,93	6	0,65
2017	58	7,30	499	16,19	26	6,90	67	7,46
2018	250	32,43	579	19,57	34	8,92	234	25,66
2019	342	41,25	573	19,98	18	5,31	282	29,16
2020	468	61,58	564	22,65	18	5,63	240	27,03
2021	555	67,35	504	22,07	11	3,31	296	30,93
2022	631	73,03	1250	42,02	27	7,54	338	32,13
2023	813	88,85	1682	54,70	304	68,16	610	57,87
2024	877	88,50	2811	77,01	376	76,11	761	74,83

Tabla 1. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Cantabria, Galicia, La Rioja y Navarra (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA que, partiendo de cifras intermedias, han mantenido un incremento moderado.

En este grupo estarían incluidas Cataluña e Islas Baleares. En ambos casos, en 2015 se situaban por encima del 30%, siendo las CCAA que encabezaban, por aquel entonces, la realización de IVEs en centros públicos. A pesar de esa situación de partida, el incremento de ambas ha sido de 16 y 10 puntos porcentuales respectivamente, encontrándose en la actualidad en una situación intermedia en comparación con las CCAA del grupo anterior, aunque mostrando un papel importante de los proveedores públicos en la realización de IVEs.

	Cataluña		Islas Baleares	
	Número	%	Número	%
2015	7253	39,25	1068	35,42
2016	7827	42,20	1095	35,61
2017	7827	41,97	1254	38,93
2018	8987	45,60	1302	39,29
2019	9594	46,22	1280	38,32
2020	9246	48,76	1170	40,63
2021	9682	51,66	1175	42,45
2022	10769	51,80	1337	43,35
2023	11509	54,35	1495	46,18
2024	12000	55,14	1520	45,41

Tabla 2. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Cataluña e Islas Baleares (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA que en los últimos años han comenzado a incrementar la prestación en centros públicos.

Este sería el caso de Canarias y Castilla y León que, entre el 2023 y el 2024, han multiplicado por cuatro y por dos, respectivamente, el porcentaje de IVE realizadas en centros públicos. En el caso de Canarias, casi 3 de cada 10 IVE se realizan en centros públicos en 2024, siendo menos de 1 de cada diez el año 2015. El incremento en Castilla y León es más modesto, pero, tras un incremento de 6 puntos porcentuales en 2022, ha logrado duplicar su porcentaje

durante 2024 respecto al periodo previo, situándose la proporción de IVE en centros sanitarios públicos en 1 de cada 6 IVE.

	Canarias		Castilla y León	
	Número	%	Número	%
2015	114	2,19	32	1,21
2016	128	2,51	14	0,56
2017	115	2,29	7	0,28
2018	141	2,78	49	1,92
2019	146	2,74	57	2,13
2020	150	3,14	60	2,48
2021	150	3,26	60	2,31
2022	149	3,20	248	8,74
2023	334	6,74	277	8,95
2024	1462	28,58	491	15,46

Tabla 3. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Canarias y Castilla y León (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA (y ciudades autónomas) que tienen poca o ninguna proporción de IVE realizadas en centros públicos a lo largo del periodo.

Por último, aún hay una mayoría de CCAA en las que menos de 1 de cada 10 IVEs se realiza en centros públicos. Se trata de Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, País Vasco, Región de Murcia, Ceuta y Melilla. De estas, la Comunidad Valenciana es la que realiza un porcentaje mayor, con casi un 10%, habiéndose incrementado esta cifra de manera muy modesta en los últimos seis años.

Hay una Comunidad Autónoma y dos ciudades autónomas donde en 2024 no se realizó ninguna IVE en centros públicos. Se trata de Extremadura, que tuvo 1487 IVEs en total durante ese año, siendo todas en centros privados, Ceuta, con 14 IVEs en 2024, y Melilla, con 151. En el caso de Ceuta y Melilla, no solamente tienen el menor número en cifras

absolutas de IVEs de todas las regiones y ciudades mencionadas, sino que, además, también tienen la tasa poblacional más baja.

Además, es preciso resaltar que dos de las CCAA con mayor número absoluto de IVE (Andalucía, la segunda del conjunto de España, y la Comunidad de Madrid, la tercera) realizaron 39 y 86 IVEs en centros públicos respectivamente, lo que representa un 0,2% y 0,47% del total de las IVEs en dichas regiones. Si la Comunidad Autónoma de Andalucía y la Comunidad de Madrid realizaran un 50% de sus IVEs en centros públicos, el porcentaje a nivel nacional se duplicaría con respecto a la actualidad, oscilando en torno al 40%.

	Andalucía		Aragón		Asturias		Castilla-La Mancha	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
2015	20	0,11	9	0,41	67	3,04	3	0,10
2016	16	0,09	5	0,24	69	3,25	0	0,00
2017	10	0,06	4	0,19	54	2,49	2	0,07
2018	14	0,08	4	0,19	62	2,98	5	0,17
2019	16	0,08	9	0,44	56	2,68	5	0,16
2020	18	0,11	5	0,26	66	3,55	1	0,03
2021	10	0,06	5	0,26	64	3,69	2	0,06
2022	14	0,07	12	0,62	59	3,21	2	0,06
2023	26	0,13	39	2,10	74	3,79	5	0,14
2024	39	0,20	42	2,31	56	2,97	2	0,06

Tabla 4. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Andalucía, Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

	Com. de Madrid		Com. Valenciana		Extremadura		País Vasco	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
2015	7	0,04	172	2,09	1	0,08	190	5,57
2016	9	0,06	627	7,59	0	0,00	214	6,21
2017	6	0,04	696	8,22	1	0,08	213	6,17
2018	4	0,02	619	7,47	0	0,00	184	5,07
2019	4	0,02	729	8,55	0	0,00	211	5,61
2020	3	0,02	627	8,35	0	0,00	173	5,06
2021	2	0,01	686	8,56	0	0,00	172	4,73
2022	61	0,37	846	9,80	0	0,00	179	4,53
2023	71	0,40	873	9,46	0	0,00	194	4,59
2024	86	0,47	1003	9,95	0	0,00	182	4,32

Tabla 4 bis. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y País Vasco (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

	Región de Murcia		Ceuta		Melilla	
	Número	%	Número	%	Número	%
2015	1	0,03	0	0,00	0	0,00
2016	2	0,06	0	0,00	1	0,93

2017	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2018	1	0,03	0	0,00	0	0,00
2019	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2020	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2021	1	0,03	0	0,00	0	0,00
2022	1	0,03	0	0,00	0	0,00
2023	25	0,68	0	0,00	0	0,00
2024	34	0,93	0	0,00	0	0,00

Tabla 4 ter. Evolución del número y porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos en Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y País Vasco (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

Datos de IVE en centros públicos desde la entrada en vigor de la última reforma legislativa en 2023

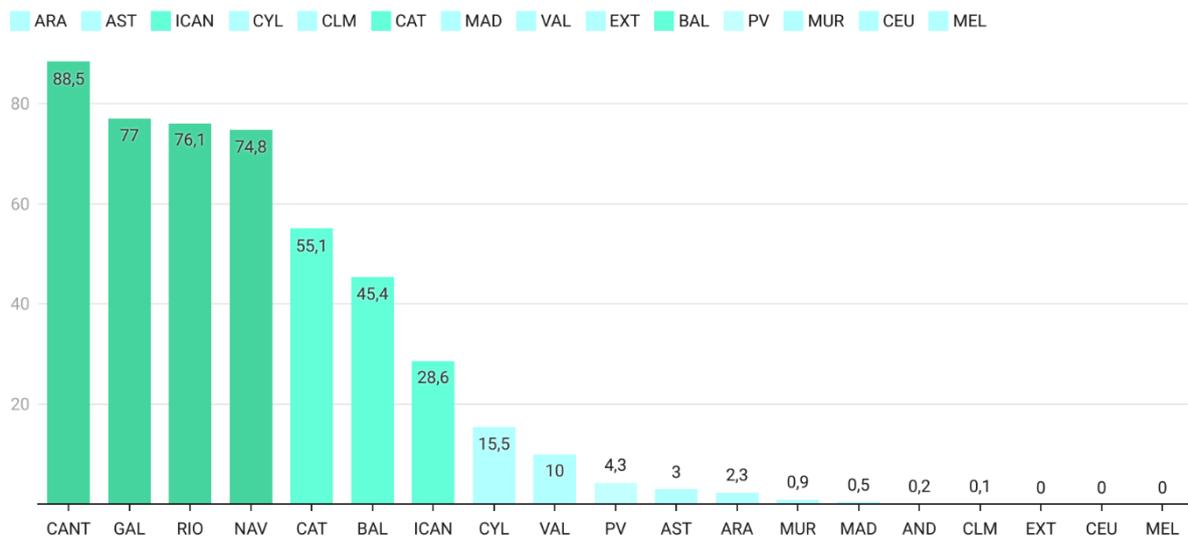
La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, entró en vigor el 1 de marzo de 2023. Si consideramos que dicho año ha podido ser de transición para los servicios de salud que quisieran adaptarse a la avanzar en las garantías de integración de la prestación de la IVE dentro del sistema público de salud (con prestadores públicos o privados acreditados, como marca la ley), se ha considerado pertinente analizar los datos del año 2024, primer año completo transcurrido con la última reforma legislativa en vigor.

Existe una notable variabilidad en la situación de la prestación pública de la IVE entre las diferentes CCAA en el año 2024. De las 106172 interrupciones del embarazo registradas, 22563 (21,25%) fueron realizadas en centros públicos, mientras que 83609 (78,75%) en centros privados.

Comparado con cinco años antes, 2019, esto supone un incremento de casi 7 puntos porcentuales (14,32% en 2019 frente al 21,25% en 2024), es decir, un aumento del 50% del porcentaje de IVE en centros públicos en estos últimos cinco años, partiéndose de cifras bajas. En términos absolutos, podemos afirmar que en los últimos 5 años el número de IVEs totales en España ha aumentado en 7023, habiéndose reducido las IVE en centros privados en 882 y habiendo aumentado en los centros públicos en 8365.

Como se puede observar en la Figura 3, podemos dividir a las CCAA en tres grupos en función de la tasa de IVE realizadas en centros públicos durante el año 2024:

- Las que realizan por encima del 60% en centros públicos.
- Las que realizan entre un 20% y un 60%.
- Las que realizan menos de un 20%.



Creado con Datawrapper

Figura 3. Porcentaje de IVE realizadas en centros públicos por CCAA (2024). CANT: Cantabria; GAL: Galicia; RIO: La Rioja; NAV: Comunidad Foral de Navarra; CAT: Cataluña; BAL: Islas Baleares; ICAN: Canarias; CYL: Castilla y León; VAL: Comunidad Valenciana; PV: País Vasco; AST: Principado de Asturias; ARA: Aragón; MUR: Región de Murcia; MAD: Comunidad de Madrid; AND: Andalucía; CLM: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; CEU: Ceuta; MEL: Melilla. Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA que realizan por encima del 60% de IVE en centros públicos.

Este grupo coincide con el de las CCAA que, en el análisis de la última década, habían realizado una rápida incorporación de los centros públicos a la práctica de IVE. Se trata de Cantabria, Galicia, La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra. En todas ellas, más de 3 de cada 4 IVEs son realizadas en centros de titularidad pública.

A pesar de que a nivel nacional el aborto quirúrgico supera al farmacológico, en estas cuatro CCAA en las que las cifras de IVE en centros públicos son más elevadas, el aborto farmacológico es mayoritario (tabla 4). La facilidad en el procedimiento de administración y la estandarización de los procesos de seguimiento posterior son elementos que pueden haber sido claves a la hora de incorporar la práctica de las IVE en centros públicos en los últimos años.

	Total IVE farmacológicas	Porcentaje sobre total de IVEs
Andalucía	2335	11,8
Aragón	858	47,09
Asturias	214	11,34
Islas Baleares	2485	74,24
Canarias	1325	25,9
Cantabria	856	86,37
Castilla-La Mancha	143	3,99
Castilla y León	772	24,31
Cataluña	12519	57,52
Comunidad Valenciana	4536	45,01
Extremadura	195	13,11
Galicia	2485	68,08
Comunidad de Madrid	740	4,07
Región de Murcia	416	11,32
Comunidad Foral de Navarra	778	76,49
País Vasco	1798	42,7
La Rioja	337	68,21

Tabla 5. Frecuencia de utilización del método farmacológico en las IVEs, por CCAA. Año 2024. Fuente: Ministerio de Sanidad.

CCAA que realizan entre un 20% y un 60% de las IVE en centros públicos.

En este grupo se incluyen Cataluña, Islas Baleares y Canarias. Las dos primeras presentan cifras más elevadas de IVE en centros públicos (55% y 445% respectivamente) y, además, una tradición de años anteriores de importante penetración de esta práctica en los proveedores públicos, caracterizada además por un predominio de los métodos farmacológicos en la interrupción del embarazo. Por otro lado, Canarias ha incrementado las IVE en los centros públicos en los últimos años, siendo la mayoría mediante métodos quirúrgicos.

CCAA (y ciudades autónomas) que realizan menos del 20% de las IVE en centros públicos.

Este grupo es el mayoritario y aglutina regiones y ciudades con casuísticas muy diversas.

Por un lado, tenemos a 4 de las 6 regiones con mayor tasa de IVE a nivel nacional (Madrid, Murcia, Asturias y Andalucía), siendo dos de ellas, además, de las regiones con mayor número absoluto de IVE (Andalucía y Madrid).

Se observa un predominio importante de las IVE de tipo quirúrgico, siendo especialmente llamativas las cifras de Andalucía y Madrid, con un 86% y un 94%, respectivamente.

Además, en este grupo están las regiones donde no se ha realizado ninguna IVE en centros públicos en el año 2024, como son Extremadura, Ceuta y Melilla.

Distribución de la interrupción voluntaria del embarazo por semanas de gestación

De las 106172 interrupciones voluntarias del embarazo que se llevaron a cabo en España durante el año 2024, la gran mayoría de ellas (76,59%) se produjeron en una edad gestacional de 8 o menos semanas, habiendo un gradiente descendiente según avanza la gestación (19,15% entre las semanas 8 y 14; 4,11% entre las semanas 15 y 22; y un 0,15% más allá de la semana 23). Además, se ha observado en los últimos años que el incremento de IVE se concentra de manera fundamental en las primeras semanas de gestación.

Si observamos la distribución de las IVE en función de la titularidad del servicio sanitario que las realiza y la edad gestacional en la que se llevan a cabo, obtenemos los datos señalados en la Tabla 6.

	Total	Público	Privado	% Centros públicos
Total	106172	22563	83609	21,25
8 o menos	81314	19208	62106	23,62
9-14	20329	2386	17943	11,74
15-22	4368	867	3501	19,85
23 o más	161	102	59	63,35

Tabla 6. Número de IVE por semana de gestación y titularidad del centro sanitario (2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

Hay dos aspectos que merece la pena destacar. Por un lado, la única franja de edad gestacional en la que hay predominio de la prestación pública es la de 23 semanas o más. Como se ha comentado con anterioridad, esto tiene especial relevancia por la complejidad de los casos, así como por la adecuada continuidad asistencial de una mayoría de mujeres que han llevado un seguimiento de la gestación en centros sanitarios públicos y que, cuando precisan de una IVE, se les realiza en dichos centros. Por otro lado, la segunda franja con mayor porcentaje de realización de IVEs en centros públicos es la que, además, supone un mayor porcentaje de IVEs totales, la de 8 semanas o menos. Esto se debe en gran parte a que las CCAA que mayor porcentaje de IVE realizan en centros públicos (Cantabria, Galicia,

La Rioja y Comunidad Foral de Navarra) llevan a cabo más del 80% de las IVE de la semana 8 o anterior en centros públicos. Además de estas, las únicas CCAA que tienen un % superior al 40% de IVE de la semana 8 o anterior en centros públicos son Cataluña e Islas Baleares. En la Figura 4 se puede observar la distribución del porcentaje de IVE realizadas en centros sanitarios públicos por CCAA.



Created with Datawrapper

Figura 4. Porcentaje de IVE realizadas en centros públicos por semanas de gestación y CCAA (2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

Si comparamos estos datos con los de cinco años antes, en 2019, observamos que el incremento que se ha producido en la realización de IVE en centros públicos se observa en cada una de las categorías de la edad gestacional, siendo más acusado en términos de

puntos porcentuales en las realizadas en una edad gestacional más avanzada, y suponiendo un mayor peso en términos absolutos el aumento en el grupo de 8 semanas o menos.

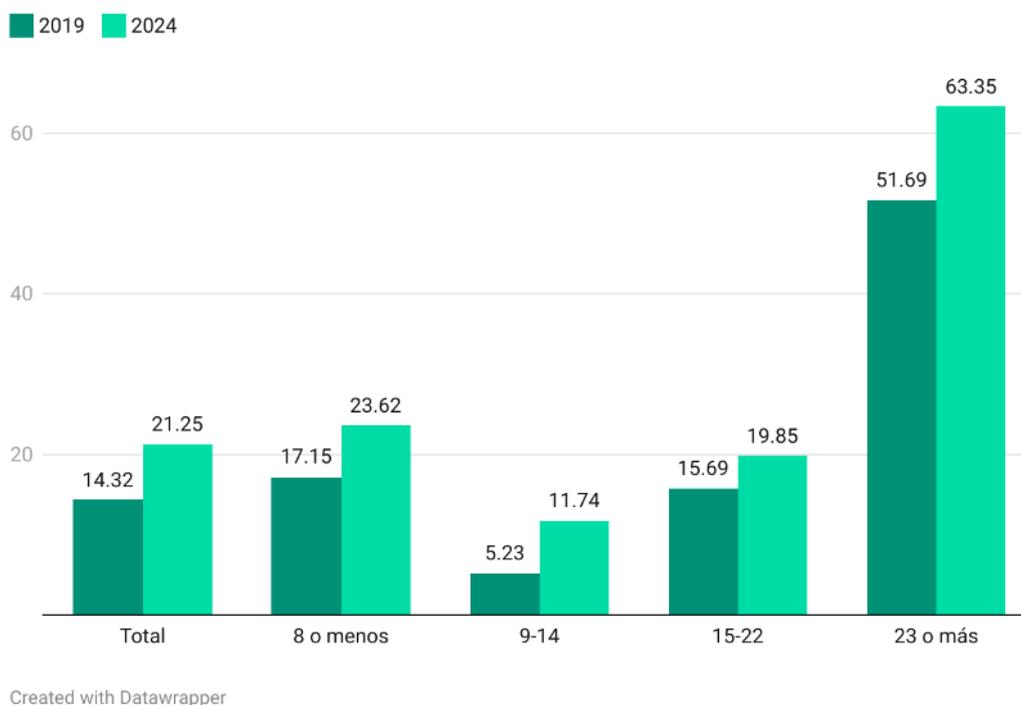


Figura 5. Porcentaje de IVE en centros públicos según edad gestacional (2019-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

Aborto y edad avanzada de la gestación: un análisis a partir de la semana 22.

Incorporar a los servicios sanitarios públicos una práctica que históricamente se ha llevado a cabo en centros privados (y que, además, en ocasiones puede estar revestida de valoraciones morales y de otra índole) puede ser un fenómeno complejo incluso si existe voluntad para ello.

Por eso, es importante identificar cuáles son los casos a los que habría que dar prioridad en su incorporación en los servicios sanitarios públicos, ya sea por su casuística clínica, por la continuidad del proceso asistencial o por otras características que resultaran relevantes.

Un tipo de IVE que son especialmente reseñables son aquellas que se realizan más allá de la semana 22 de gestación. Se trata de casos que se asocian, generalmente, a condiciones severas del feto en desarrollo y precisan el estudio del caso por parte de un tribunal creado a esos efectos.

En la mayoría de los casos, además, se trata de mujeres con embarazos que han podido recibir seguimiento (en exclusiva o compatibilizado con un centro privado) en un centro perteneciente al sistema sanitario público, lo cual hace que la derivación a un centro privado en un avanzado estado de gestación para la realización de una IVE sea un fenómeno que puede resultar deseable evitar.

Por ello, se ha considerado especialmente relevante analizar de manera específica las IVE realizadas más allá de la semana 23 de gestación y su prestación en proveedores públicos o privados en las diferentes CCAA.

De acuerdo con los datos por CCAA, representados en la Figura 6, podríamos identificar tres grupos en función de la práctica de dichas IVE en centros públicos y su relación con el ámbito de realización del conjunto de las IVE:

- CCAA que han integrado la práctica de las IVE en centros públicos y hacen lo mismo con las IVEs de avanzada edad gestacional: es el caso de Cantabria, Galicia, La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra, que tienen un porcentaje de IVE totales realizadas en centros públicos superior al 60% y que, además, han realizado en los últimos años todas las IVEs producidas más allá de la semana 23 en centros públicos. Es también el caso de Cataluña, que tiene en esta franja de la edad gestacional su porcentaje más elevado de prestación en centros públicos, en un contexto en el que realiza más del 50% de las IVE en dichos centros.
- CCAA que a pesar de no tener completamente integrada la IVE en los centros públicos, realizan las IVE por encima de las 23 semanas en los centros públicos de manera mayoritaria: en el caso de Canarias, presenta un nivel creciente de IVE en centros públicos, también aquellas realizadas en edades gestacionales avanzadas. Es necesario resaltar el caso de Asturias, País Vasco y Murcia, comunidades autónomas con un porcentaje bajo de realización de IVE en centros públicos en términos generales, pero que han logrado garantizar que las IVEs más allá de la semana 23 se realizan en centros públicos.
- CCAA con una cifra importante de IVE realizadas más allá de la semana 23 de gestación (más de 10 al año), una baja integración de la IVE en términos globales en centros públicos y que tampoco realizan, salvo excepciones, las IVE por encima de la semana 23 en dichos centros. Se trata de Andalucía y la Comunidad de Madrid (únicas CCAA, junto con Cataluña, con más de 10 IVE al año por encima de la semana 23).

En estas dos regiones, el porcentaje de IVE en esa franja de la edad gestacional realizadas en centros públicos fue del 2,7% y 12,9%, respectivamente.

Además, están los casos de otras CCAA que no presentan criterios para agruparlas en los grupos anteriormente mencionados.



Figura 6. Porcentaje de IVE realizadas en la semana 23 o posteriores de gestación realizadas en centros públicos (2015-2024). Fuente: Ministerio de Sanidad.

Modelos de solución. Buenas prácticas extraídas del análisis de los datos.

En un reciente informe publicado por el Ministerio de Igualdad⁴ se plantean algunas propuestas para avanzar hacia la “Integración de la IVE en la red sanitaria pública y equidad territorial”. Con ese objetivo, dicho texto destaca las siguientes medidas:

- Implementar y actualizar registros oficiales de profesionales objetores de conciencia en cada Servicio de Salud.
- Asegurar equipos médicos no objetores en todos los niveles asistenciales.
- Utilizar los registros de objeción como herramienta de gestión de recursos humanos, evitando la concentración de objetores en determinados hospitales.
- Acotar la objeción de conciencia en la red pública en situaciones críticas, siguiendo recomendaciones internacionales.
- No obligar a las/os profesionales no objetores a realizar IVE en exclusiva.
- Vigilar y sancionar la objeción de conciencia abusiva o fraudulenta, asegurando que se trate de una posición ética personal y no de una negativa encubierta a prestar un servicio público.

Si bien está claro que la objeción de conciencia desempeña un papel importante en la capacidad de prestación de la IVE en centros públicos, los casos de comunidades autónomas con un alto grado de realización de IVE en centros públicos son un ejemplo de la importancia de la gestión de la prestación más allá de la regulación de la objeción de conciencia. Por ello, de manera complementaria a lo señalado por el citado informe, en este apartado se trata de analizar qué elementos son comunes y diferenciales a las CCAA que han logrado desarrollar un elevado porcentaje de sus IVE en centros públicos, finalizando con unas breves recomendaciones que podrían servir de guía para avanzar en ese sentido.

Las CCAA que han incorporado de manera mayoritaria la práctica de las IVEs en centros sanitarios públicos tienen algunos aspectos en común y otros que divergen entre sí. Entre los elementos comunes, uno de los más reseñables es la relación entre el porcentaje de IVE en centros públicos y el uso de métodos farmacológicos para su realización, como se muestra

⁴ Lamas S. El aborto en España: barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en España. Instituto de las Mujeres. Subdirección General de Programas. Secretaria de Estado de Igualdad y para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres Ministerio de Igualdad. Madrid: 2025. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/InformeElAbortoEnEspa%27na.pdf>

en la Figura 7. Las CCAA con mayor porcentaje de IVE en centros públicos presentan de manera casi indefectible un notable predominio de las IVE de tipo farmacológico.

Las 6 CCAA con más de un 40% de IVEs en centros públicos presentaron un predominio de las técnicas farmacológicas, siendo estas superiores al 50% y superando el 85% en el caso de Cantabria. Además, si lo analizamos en el sentido contrario, de las 6 CCAA que presentan más de un 50% de IVEs farmacológicas, todas presentaron cifras superiores al 40% de realización en centros públicos.

Con estos datos, y aún siendo conscientes de que la existencia de correlación no implica causalidad, sí parece razonable afirmar que la incorporación de manera importante de técnicas farmacológicas para la interrupción del embarazo es un elemento íntimamente relacionado con la práctica en centros públicos. La literatura disponible muestra que las técnicas farmacológicas pueden asociarse con una mayor facilidad de difusión en dispositivos extrahospitalarios, como la atención primaria, entre otros, y, especialmente, comunitarios, siendo posible que una mayor penetración de estas técnicas facilitara la expansión de la práctica de las IVE en centros públicos.

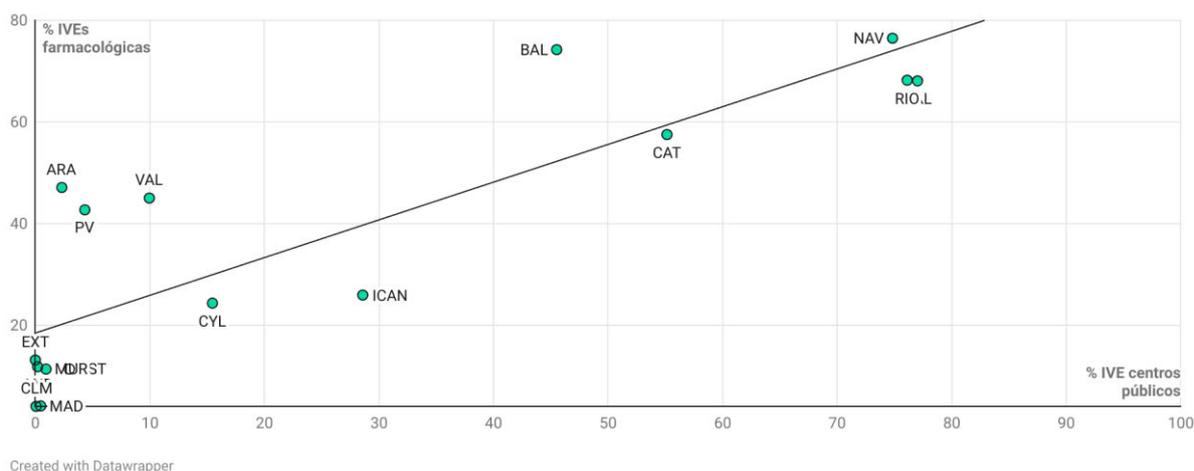


Figura 7. Correlación entre el porcentaje de IVE farmacológica y la proporción de IVEs realizadas en centros públicos (2024). CANT: Cantabria; GAL: Galicia; RIO: La Rioja; NAV: Comunidad Foral de Navarra; CAT: Cataluña; BAL: Islas Baleares; ICAN: Canarias; CYL: Castilla y León; VAL: Comunidad Valenciana; PV: País Vasco; AST: Principado de Asturias; ARA: Aragón; MUR: Región de Murcia; MAD: Comunidad de Madrid; AND: Andalucía; CLM: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; CEU: Ceuta; MEL: Melilla.. Fuente: Ministerio de Sanidad

Es preciso resaltar que la técnica escogida para la realización de la IVE viene muy determinada no solo por el centro en el que se lleve a cabo, sino, principalmente, por la semana de gestación en la cual se realiza. Así, en las CCAA con alto porcentaje de IVE totales

en centros públicos, estas suelen realizarse principalmente antes de la semana 8, teniendo una mayor probabilidad de indicación de aborto farmacológico.

Otro de los elementos en los que es preciso fijarse es en las redes de técnicas de IVE que las diferentes CCAA generan para poder desarrollar esta prestación. Existen a este respecto dos ejes destacables: la centralización/descentralización y los dispositivos genéricos/específicos.

En relación con la centralización de los procesos, el ejemplo paradigmático, además de ser una referencia, es el de Cantabria, que centraliza su práctica de IVEs en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga, lo cual facilita la homogeneización de la atención y la protocolización de la práctica, aunque pueda tener alguna externalidad negativa, como la necesidad de desplazamiento desde las zonas más alejadas.

Los casos de Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra son ejemplos de elección de centros periféricos que presentan diferencias entre ambos. En ambos casos se despliega una red territorializada de centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, pero mientras que en Cataluña se hace a través de los dispositivos ASSIR (Atención a la salud sexual i reproductiva), integrados en centros de salud, en el caso de la Comunidad Foral de Navarra los CASSYR (Centros de Salud Sexual y Reproductiva) tienen entidad propia. En ambos casos se trata de una respuesta de tipo extrahospitalario, más territorializada y descentralizada que en otros casos y que avanza en la integración de la IVE como prestación pública.

Existen otros modelos de descentralización en los que la ausencia de liderazgo público en la prestación deviene en una fragmentación de la atención, con barreras en el acceso y dificultad en la homogeneización de protocolos. Es el caso de la Comunidad de Madrid, con una provisión mayoritariamente dependiente de una variedad de clínicas privadas especializadas en la realización de IVE.

El tipo de IVE (farmacológica o quirúrgica) y la distribución de los centros donde se presta (concentración/descentralización, centros generalistas/específicos) es uno de los elementos importantes que condiciona la capacidad de cada CCAA de llevar a cabo, desde el ámbito público, la prestación de IVE a su población.

Un tercer elemento a tener en cuenta es la situación de partida de cada CCAA a la hora de planificar sus servicios para poder integrar la práctica de la IVE en sus centros públicos en

función de las semanas de gestación. Si tenemos en cuenta los dos extremos de la edad gestacional (las IVEs de fases más precoces y las de fases más avanzadas), podríamos afirmar que es indispensable garantizar las IVE en fases avanzadas en los centros públicos como una condición de necesidad para preservar la calidad de la prestación y la continuidad asistencial; además, es evidente que para incrementar el peso y la normalización de la realización de las IVE en centros públicos, esto no puede hacerse solamente a expensas de la realización de las que se producen en semanas más avanzadas, puesto que la incidencia de estos casos es muy baja (solo un 0,15% del total de IVE, menos de un 5% si contamos desde la semana 15 en adelante), observándose que las CCAA que han conseguido integrar de manera correcta la práctica de la IVE en centros públicos lo han hecho incrementando de manera notable las realizadas antes de la semana 8.

De lo comentado en este apartado no resulta un modelo único de prestación de IVEs en centros públicos que sea ideal, pero sí se infieren algunas fortalezas y debilidades de cada uno de los modelos posibles, como se muestra en la Tabla 5. Además, el planteamiento de estos modelos identificados no debe entenderse desde la necesidad de escoger entre uno de ellos, sino que la diversidad de modelos de provisión para las diferentes casuísticas puede garantizar mejor el acceso a las IVE.

	Fortalezas	Debilidades
Modelo centralizado	Homogeneización de la práctica clínica. Estandarización de los procedimientos de acceso.	Dificultades de acceso en zonas de amplia extensión. Alta dependencia del funcionamiento de unos pocos centros.
Modelo descentralizado	Alta implantación territorial. Capacidad de trabajo con otros actores comunitarios. Posibilidad de trabajo en red entre dispositivos similares.	Dificultad para homogeneizar los procedimientos de IVE.
Centros generalistas	Menor riesgo de acoso por parte de activistas contra el aborto. Mayor integración en el conjunto de la asistencia sanitaria de las mujeres.	Necesidad de centros de referencia para casos de mayor complejidad, por baja casuística. Ante una alta tasa de objeción de conciencia, puede haber dificultades para que los profesionales no objetores no centren su trabajo en las IVE.
Centros especializados.	Alta concentración de casuística para mejor manejo clínico. Facilidad para reducir el impacto de la objeción de conciencia.	Mayor facilidad de identificación por parte de colectivos contrarios a la IVE. Menor agilidad en la gestión de recursos si es preciso desplazar recursos desde otros dispositivos.

Tabla 7. Fortalezas y debilidades de las características principales de los diferentes modelos de prestación de la IVE.