

Interrupciones **VOLUNTARIAS del embarazo**

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2012

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Interrupciones Voluntarias del embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO **2012**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
Osasun Sailburuordetza
*Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio
Sanitarioko Zuzendaritza*

DEPARTAMENTO DE SALUD
Viceconsejería de Salud
*Dirección de Planificación, Ordenación
y Evaluación Sanitaria*

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2014

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Edición:

1.^a, enero 2014

Tirada:

45 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet:

www.euskadi.net

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Dirección, coordinación y elaboración:

N. Rodríguez-Sierra
Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria
Departamento de Salud

Diseño y maquetación:

EkipoPO

Impresión:

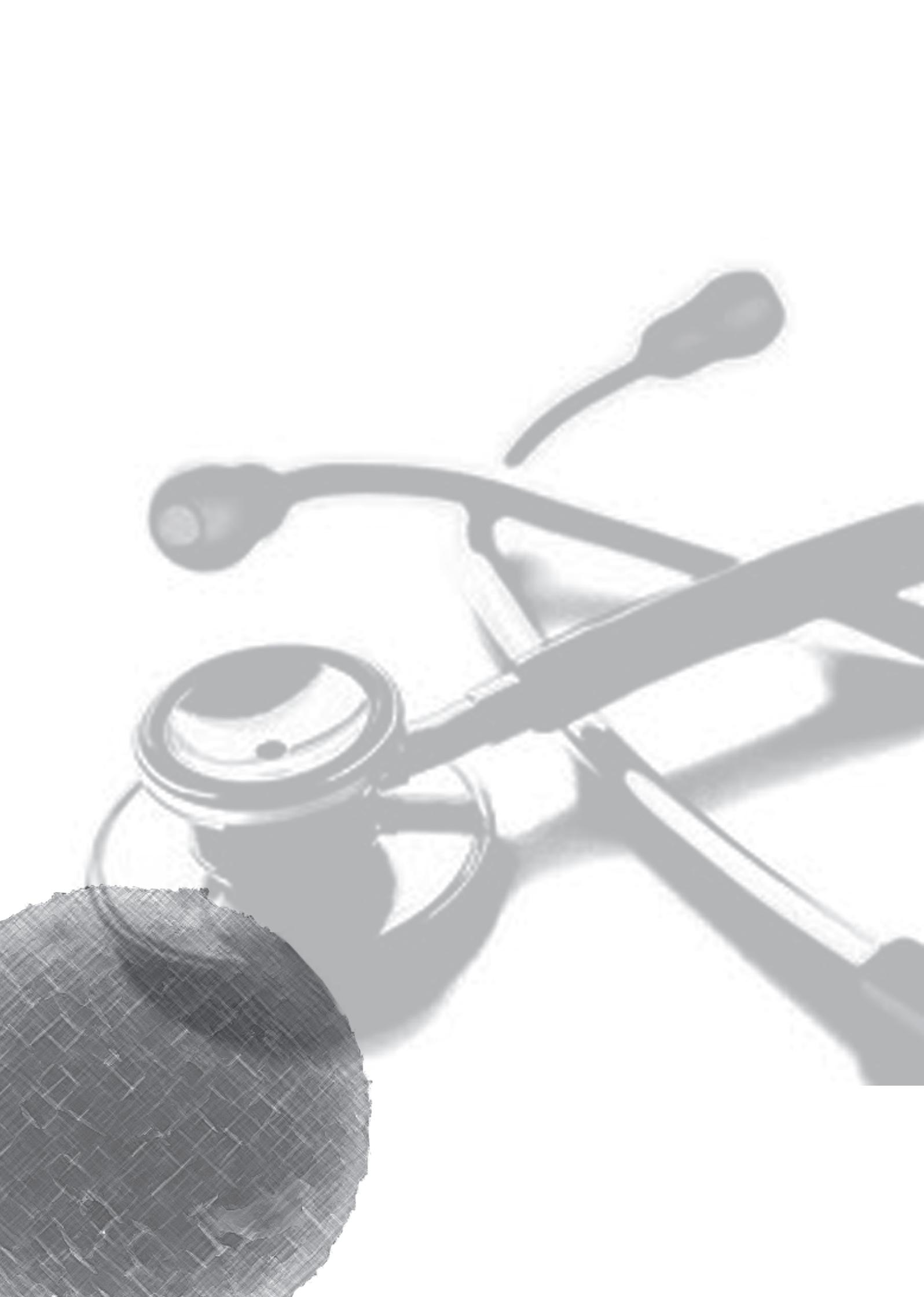
Servicio de Imprenta y Reprografía del Gobierno Vasco

D.L.:

VI 18-2014

Índice

7	INTRODUCCIÓN
9	MATERIAL Y MÉTODOS
11	RESULTADOS
25	COMENTARIOS
27	BIBLIOGRAFÍA
29	AGRADECIMIENTOS
31	ANEXOS



1 Introducción

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), está sometida a vigilancia epidemiológica desde la entrada en vigor de la ley de despenalización del aborto de 1985. El Ministerio de Sanidad, ateniéndose a la Orden de 16 de Junio de 1986, (y su posterior modificación en algunos aspectos por la Resolución de 27 de julio de 2007) asumió la realización de esta vigilancia, para lo cual desarrolló un sistema de información nacional, en el que participa la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a través del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

El 5 de julio del 2010, entró en vigor la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que deroga el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal. El objeto de dicha Ley Orgánica es garantizar los derechos fundamental es en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

En esta Ley se establece un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo sin interferencia de terceros. Así mismo, se garantiza el acceso a la prestación incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de este documento es describir los datos de las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE en el año 2012 y la evolución de las tasas de abortividad en la CAPV y los tres territorios históricos.

Se hace también una descripción de los datos de las mujeres que siendo residentes en la CAPV han nacido en el extranjero y se sometieron a la IVE en 2012.

Los datos recogidos permiten conocer información sobre las IVEs que se realizan en la CAPV, así como el perfil socio-demográfico de la mujer residente en el País Vasco que recurre a la IVE y datos sobre la intervención realizada. Esta información servirá a los profesionales de la sanidad pública y privada de nuestra comunidad para planificar los servicios de atención y orientación a la mujer y poner en marcha medidas preventivas y/o de educación sanitaria para evitar, en lo posible, la necesidad de recurrir a la IVE.



2 Material y métodos

Los datos presentados son los recogidos en las fichas de notificación que corresponden a las IVEs notificadas en el año 2012 al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, ubicado en el Departamento de Salud.

Los centros acreditados para la práctica de la IVE remiten periódicamente al registro las notificaciones de las intervenciones realizadas, cuyos datos son validados, codificados y procesados de acuerdo al protocolo y a la nueva aplicación informática desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que se puso en marcha en enero de 2011. Los datos de las mujeres residentes en la CAPV pero que han recurrido a la IVE en otra Comunidad Autónoma, a diferencia de años anteriores, se han podido obtener una vez que todas las CCAA han cerrado su correspondiente registro y volcado sus datos a la aplicación del Ministerio. En 2012, un centro del País Vasco acreditado para realización de la IVE cesó su actividad.

La información sobre la causa de la IVE se codifica según los criterios y reglas que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica 9ª revisión (CIE-9-MC).¹

A partir de 2007, se incluyó en el boletín de notificación la información sobre el país de origen, el año de llegada a España y la nacionalidad de la mujer que se ha sometido a la IVE. Para el análisis de esta información, en 2007 y 2008 se tuvieron en cuenta únicamente los centros que habían notificado estas variables correctamente. A partir de 2009 se tienen en cuenta la totalidad de los centros.

Tras la aprobación de la Ley 2/2010 de 3 de marzo se modificaron de forma obligatoria en el boletín de notificación los contenidos referentes a los motivos de la IVE y a los plazos de la misma.

El único indicador de exhaustividad de que disponemos sólo es aplicable a los centros públicos, comparando los datos de las IVEs recogidas en el registro de altas hospitalarias con los que llegan al registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

Las tasas de abortividad específicas para cada grupo de edad se definen como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. La tasa de abortividad voluntaria se define como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años). El intervalo de edad fértil en las mujeres se ha definido como el de 15 a 44 años en concordancia con las publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad así como con publicaciones del Departamento de Sanidad y Consumo^{2,3,4}. Para el cálculo de las tasas se han utilizado las proyecciones de población 2020 difundidas por EUSTAT/ Instituto Vasco de Estadística y disponibles en www.eustat.es (agosto 2013)

¹Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Modificación Clínica 9ª revisión 7ª edición-Enero. Madrid 2010.

² Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

³Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010*.

⁴Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011*.

Las tasas de España y de otras comunidades se han obtenido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3 Resultados

El número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2012 fue de 4.500. Este número es inferior al año 2011 (460 IVEs menos). Según se puede observar en la **Tabla 1** el número de intervenciones realizadas en centros del País Vasco a mujeres residentes en otras CCAA fue de 587, disminuyendo también este número respecto al año 2011, y la mayoría de estas mujeres residían en Comunidades limítrofes como Cantabria (78%) Navarra (10%), y La Rioja (7%). Las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE tanto en centros de nuestra comunidad como en centros de otras comunidades fueron 3.913 y a éstas se refieren los resultados que se presentan.

Tabla 1. Total de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas al Registro de la CAPV y las realizadas a mujeres residentes en la CAPV. Año 2012.

AÑO	Nº IVEs realizadas en la CAPV*		Nº IVEs en residentes en la CAPV	
	A mujeres residentes en la CAPV	A mujeres residentes en otras CCAA	En centros de la CAPV	En centros de otras CCAA
2012	3.831	587	3.831	82
TOTAL	4.418		3.913	

*A mujeres residentes en la CAPV y mujeres de otras CCAA

Los centros acreditados en la CAPV que notificaron IVEs fueron 7 públicos y 6 privados siendo uno de estos últimos una asociación sin ánimo de lucro y por lo tanto financiado públicamente (anexo 1).

En la **Tabla 2** se presentan las características socio-demográficas de las mujeres que se sometieron a la IVE en 2012 así como datos sobre la intervención. Como se puede observar, las mujeres que más frecuentemente recurrieron a la IVE fueron el grupo de edad de 25 a 29 años seguido del grupo de edad de 30 a 34, 463 (11,8%) eran menores de 20 años.

En lo que respecta a la convivencia, algo más del 38% de las mujeres convivía en pareja y el 31,8% convivía con los padres. En cuanto a la situación laboral, en el 52% de los casos se encontraba en situación laboral activa, el 24% se encontraban en paro y casi el 15% eran estudiantes.

Si observamos el nivel de instrucción vemos como el 58,6% de las mujeres tenía o estaba cursando bachillerato o ciclos de formación profesional o superiores y entre estas últimas, el 24% tenía o estaba cursando estudios universitarios.

Tabla 2. Tabla 2. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE y datos sobre la intervención, por grupos de edad. Año 2012

	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	3.913	100	8	455	797	918	829	637	249	20
%			0,20	11,63	20,37	23,46	21,19	16,28	6,36	0,51
Convivencia en pareja										
Sola	619	15,8	0	11	90	134	194	134	53	3
En pareja	1.498	38,3%	0	32	182	341	408	367	155	13
Con padres/familiares	1.245	31,8%	7	379	450	271	91	32	15	0
Otras personas	344	8,8%	1	22	52	131	84	39	12	3
No consta	207	5,3%	0	11	23	41	52	65	14	1
Situación laboral										
Trabajadora por cuenta propia	125	3,2%	0	1	7	16	35	38	26	2
Trabajadora por cuenta ajena	1.910	48,8%	0	39	290	535	500	391	140	15
Pensionista	2	0,1%	0	0	0	2	0	0	0	0
Estudiante	581	14,8%	7	337	200	25	12	0	0	0
Parada o en busca de su 1er empleo	946	24,2%	1	54	240	258	209	125	59	0
Trabajo doméstico no remunerado	151	3,9%	0	9	24	40	29	36	12	1
Otros	50	1,3%	0	7	9	8	12	12	2	0
No consta	148	3,8%	0	8	27	34	32	35	10	2
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	31	0,8%	0	3	5	5	10	6	2	0
1ª grado	442	11,3%	1	37	84	105	108	74	31	2
ESO y equivalentes	908	23,2%	6	181	194	206	172	103	42	4
Bachillerato y ciclos de FP	1.352	34,6%	0	177	299	306	259	224	78	9
Escuelas universitarias/Facultades	940	24,0%	0	42	182	218	227	188	79	4
No clasificables o no bien especificados	143	3,7%	0	2	16	62	30	20	13	0
No consta	97	2,5%	1	13	17	16	23	22	4	1
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.845	47,2%	8	400	542	444	282	125	41	3
Uno	1.014	25,9%	0	50	198	272	236	179	73	6
Dos	707	18,1%	0	5	43	155	208	203	85	8

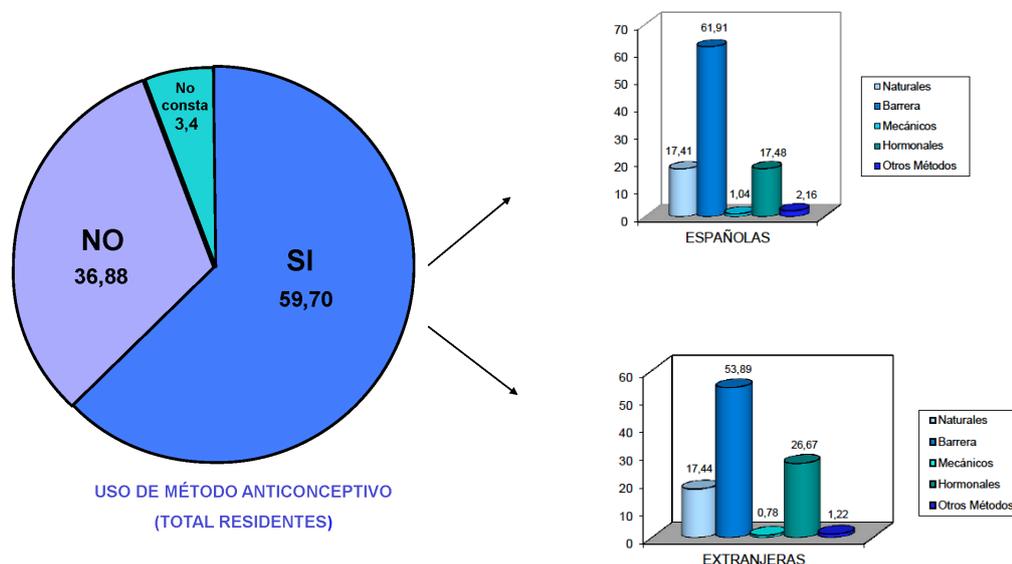
.../...

.../...

Tres	236	6,0%	0	0	11	32	70	88	33	2
Cuatro	67	1,7%	0	0	3	10	21	22	10	1
Cinco o más	44	1,1%	0	0	0	5	12	20	7	0
Desconocido	1	0,0%	0	0	0	0	2	0	0	0
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2.762	70,6%	8	395	576	603	542	442	184	12
Uno	769	19,7%	0	48	170	200	179	133	36	3
Dos	260	6,6%	0	11	39	78	71	39	17	5
Tres	73	1,9%	0	1	7	27	20	13	5	0
Cuatro	28	0,7%	0	0	3	9	7	6	3	0
Cinco o más	20	0,6%	0	0	2	1	9	4	4	0
Desconocido	1	0,0%	0	0	0	0	1	0	0	1
Semanas gestación										
6 ó menos	1.382	35,3%	0	149	273	352	291	213	97	7
7 a 9	1.741	44,5%	4	217	377	411	369	261	91	11
10 a 14	615	15,7%	3	77	135	134	122	103	39	2
15 a 22	173	4,4%	1	12	12	21	46	59	22	0
23 o más	2	0,1%	0	0	0	0	1	1	0	0
Motivo interrupción										
A petición de la mujer	3.662	93,6%	7	443	782	889	757	551	213	20
Grave riesgo para la salud de la embarazada	55	1,4%	1	11	12	13	8	4	6	0
Riesgo de graves anomalías en el feto	156	4,0%	0	1	2	12	47	68	26	0
Anomalías incompatibles con la vida o enf incurable	39	1,0%	0	0	1	4	17	13	4	0
Varios motivos	1	0,0%	0	0	0	0	0	1	0	0
Técnica intervención*										
Dilatación y evacuación	90	2,3%	0	12	10	18	18	22	10	0
Dilatación y aspiración	2.290	58,5%	6	285	489	522	462	371	141	14
Mifepristona	1.490	38,1%	1	157	292	370	341	232	91	6
Prostaglandinas	1.473	37,6%	1	157	297	376	327	218	91	6
Otros/Nc	32	0,8%	1	0	2	1	7	16	5	0

*Se puede utilizar más de una técnica por lo que el porcentaje no suma el 100%

Gráfico 1. Uso de métodos anticonceptivos en las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a una IVE en 2012



En más de la mitad de los casos la mujer tenía hijos (dos o más en el 27% de los casos) y aproximadamente tres de cada diez mujeres ya había recurrido a la IVE con anterioridad. El 36,9% de las mujeres no usaba métodos anticonceptivos. Existen diferencias en el tipo de métodos utilizados entre quienes si los usan según sea el país de nacimiento. Así podemos observar en el **Gráfico 1** cómo en el caso de las nacidas en España la anticoncepción más utilizada es en el 62% de los casos los métodos barrera y en el caso de las extranjeras usan este método en el 54% de los casos y un 26,7% utilizan métodos hormonales.

En el 95,5% de los casos la IVE se realizó con 14 o menos semanas de gestación y de ellas en el 35,3% de los casos con 6 o menos semanas.

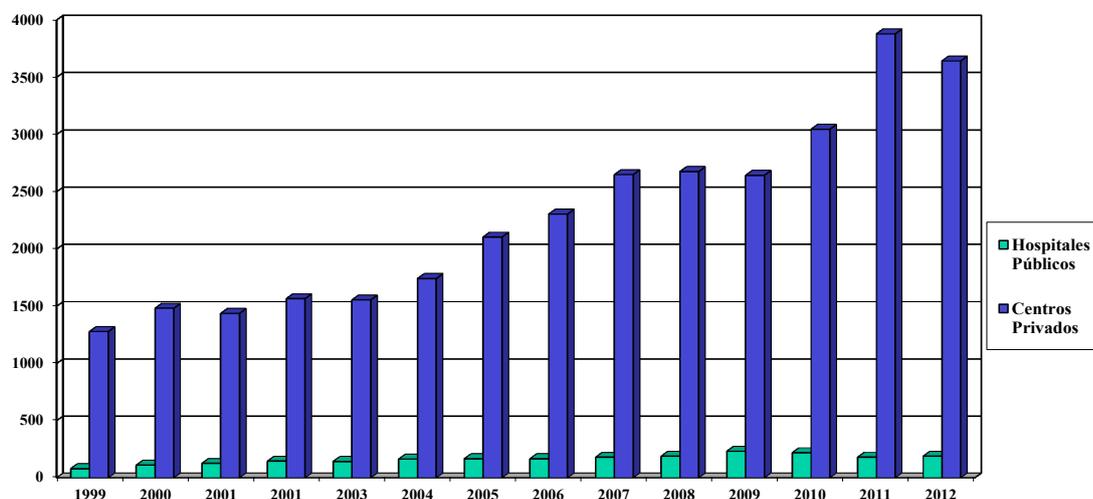
Como se puede observar en la **tabla 2**, cerca del 94% de las intervenciones se realizó a petición de la mujer, el 4% por existir riesgo de graves anomalías fetales, el 1,4% por la existencia de grave riesgo para la salud de la embarazada y el 1,0% por enfermedad extremadamente grave o incurable en el feto o incompatible con la vida.

La técnica de intervención más utilizada fue la dilatación y aspiración en un 58,5%. La mifepristona (RU-486) fue utilizada en el 38,1% de las intervenciones (estos porcentajes son similares a los anteriores).

En el **Gráfico 2** se puede observar la evolución IVEs realizadas a mujeres residentes en la CAPV en hospitales de Osakidetza y en centros privados del País Vasco. No se tienen en cuenta las realizadas a residentes vascas en centros de otras CCAA ya que no se conocen la información sobre el tipo de centro donde se realizó.

En la **tabla 3** se observan las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a una IVE en 2012 agrupadas por nacionalidad y según grupo de edad donde se puede ver que las mujeres sudamericanas, al igual que en años anteriores, son las que mayor número suponen (963) dentro del grupo de mujeres de nacionalidad extranjera.

Gráfico 2. N° de IVES realizadas a mujeres residentes en la CAPV* en hospitales de OSAKIDETZA y centros privados del País Vasco. CAPV 1999-2012



*Se excluyen las IVES realizadas en centros de otras CCAA en mujeres residentes en la CAPV ya que se desconoce el centro donde se realizó.

Tabla 3. I.V.E. según residencia y nacionalidad de la mujer por grupo de edad

	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL I.V.E.	3.913	8	455	797	918	829	637	249	20
EUROPA	2.419	5	319	487	513	492	415	171	17
España	2.200	4	296	438	456	444	385	161	16
Resto Unión Europea	191	1	21	44	52	41	22	9	1
Resto Europa	28	0	2	5	5	7	8	1	0
ÁFRICA	273	0	11	58	85	63	45	11	0
África del Norte	106	0	2	22	29	21	24	8	0
África Subsahariana	167	0	9	36	56	42	21	3	0
Resto África	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMÉRICA	1.155	3	125	241	306	247	172	59	2
América del Norte	5	0	0	1	0	3	0	1	0
América Central y Caribe	187	0	19	40	48	44	29	6	0
América del Sur	963	3	106	200	258	200	143	52	3
Resto América	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASIA	62	0	0	11	12	26	5	8	0
OCEANÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO CONSTA	4	0	0	0	2	1	0	0	1

Del total de mujeres que se sometieron a una IVE en 2012, el 44,5% (1.740) había nacido en el extranjero. En la **tabla 4** se observan el país de nacimiento y el año de llegada a España de las mujeres extranjeras residentes en el País Vasco que se sometieron a una IVE en 2012. La mayoría eran de Bolivia (17,8%), seguidas de las de Paraguay (11,5%) y Colombia (9,4%) .

Si observamos el tiempo transcurrido desde su llegada a España desde sus países de origen, las mujeres de Bolivia que son las que mayor frecuencia representan, la mayoría llevan residiendo en España entre cinco y diez años, en el caso de las mujeres de Paraguay su llegada a España es más cercana en el tiempo.

Tabla 4. Número de años desde que la mujer extranjera llegó a España. IVE Año 2012

	Nº DE AÑOS EN ESPAÑA												Desc	Total	%
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o +			
Total	38	87	134	160	164	192	209	164	125	97	88	254	28	1740	100%
Bolivia	2	2	8	2	10	33	97	64	41	22	13	15	1	310	17,8
Paraguay	2	20	36	38	29	25	20	13	5	3	5	3	1	200	11,5
Colombia	0	1	10	11	17	20	12	13	13	3	2	59	2	163	9,4
Rumania	3	9	13	17	13	15	28	10	17	8	7	8	3	151	8,7
Ecuador	2	2	0	2	6	10	5	8	7	9	24	38	2	115	6,6
Marruecos	1	3	3	11	12	8	4	10	2	9	8	16	1	88	5,1
Nicaragua	7	17	14	17	9	13	4	0	0	1	0	1	2	85	4,9
Brasil	1	2	4	5	6	7	6	8	6	8	5	15	1	74	4,3
Nigeria	0	6	1	11	9	7	2	8	2	3	5	7	4	65	3,7
Perú	1	4	6	3	10	11	6	3	3	5	2	7	0	61	3,5
Honduras	2	11	4	8	1	3	4	1	2	0	0	1	2	39	2,2
China	0	0	1	4	8	5	1	3	3	2	0	5	1	33	1,9
República Dominicana	0	0	2	3	1	7	1	3	1	1	2	11	0	32	1,8
Cuba	2	0	2	1	5	2	3	1	1	2	1	11	0	31	1,8
Venezuela	0	0	0	3	3	4	2	4	0	3	2	4	1	26	1,5
Guinea	1	0	1	3	2	6	1	0	1	3	1	4	1	24	1,4
Argentina	0	3	2	2	0	4	1	1	1	3	2	2	0	21	1,2
Guinea Ecuatorial	0	0	1	1	2	0	2	2	2	1	0	8	0	19	1,1
Argelia	1	0	1	2	2	0	1	1	2	0	1	8	0	19	1,1
Portugal	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	1	5	2	15	0,9
Camerún	1	0	1	1	5	1	0	0	1	1	1	1	0	13	0,7
Ucrania	0	1	4	0	1	0	2	0	1	0	0	2	0	11	0,6
Senegal	0	0	3	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	11	0,6
Angola	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	6	0	11	0,6
Otros países	12	6	17	11	9	8	5	8	13	9	4	17	4	123	7,1
Otros países	6	17	13	15	10	12	4	7	6	0	1	15	10	116	6,4

En la **tabla 5** se ha hecho una comparación de las características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE, según país de nacimiento. Se observa que en algunos aspectos el perfil de las mujeres nacidas en el extranjero es diferente al de las mujeres cuyo país de nacimiento es España. Las mujeres nacidas en el extranjero son algo más jóvenes, conviven con otras personas (diferentes a pareja o familia) en mayor proporción que las españolas, se encuentran en situación de paro laboral con mayor frecuencia, y también hay menos estudiantes, así mismo tienen menor nivel de instrucción. Casi la mitad

de ellas no tienen ingresos económicos propios (porcentaje algo menor en las mujeres nacidas en España). En los casos en los que carecen de ellos, las mujeres españolas cuentan con ingresos procedentes de los padres en su mayoría y en el caso de las extranjeras los ingresos proceden de la pareja.

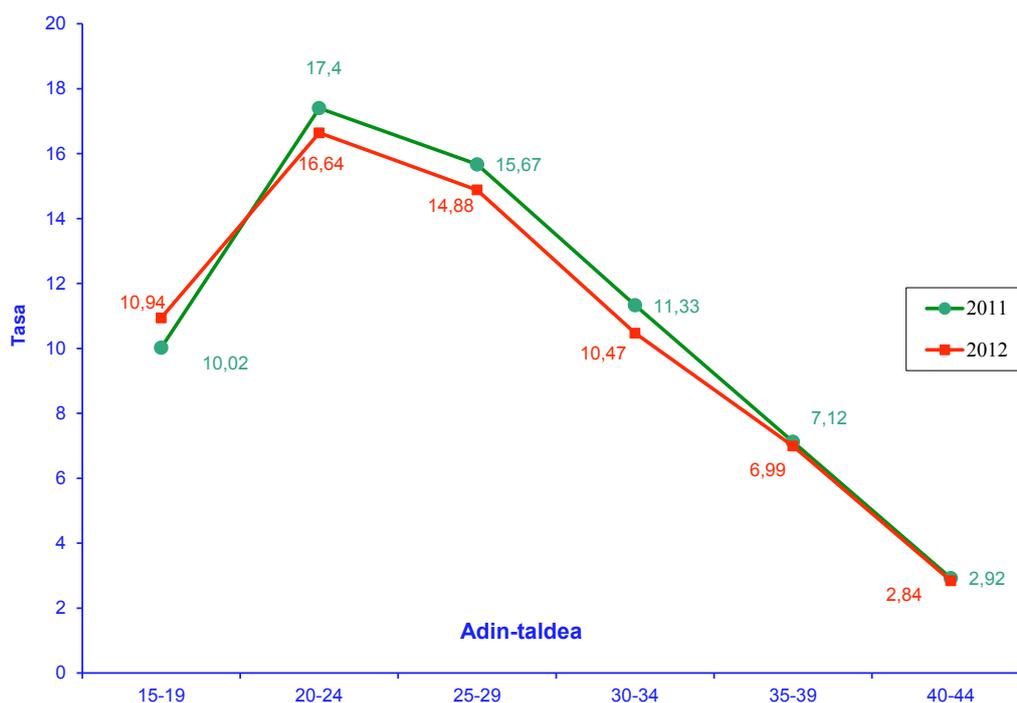
Tabla 5. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2012

	País de nacimiento			País de nacimiento	
	España	Extranjero		España	Extranjero
Total %	% 55,5	% 44,5		%	%
Edad media	29,0	28,3	Nº IVEs anteriores		
	%	%	Ninguno	75,8	64,0
Convivencia			Uno	17,0	22,9
Sola	13,1	19,3	Dos ó más	7,1	12,9
En pareja	38,8	37,7	Desconocido	0,1	0,1
Con padres/familiares	37,8	24,4	Método anticonceptivo		
Otras personas	4,7	14	Si	66,1	51,7
No consta	5,8	4,7	Naturales	16,6	16,4
Situación laboral			Barrera	58,8	50,6
Trabajadora por cuenta propia	4,6	1,4	Mecánicos	1,0	0,7
Trabajadora por cuenta ajena	49,4	48,1	Hormonales	16,6	25,0
Pensionista	0,1	0,0	Otros	2,1	1,2
Estudiante	17,6	11,4	No consta	5,0	6,2
Parada o en busca de su primer empleo	20,4	28,9	No	30,5	44,9
Trabajo doméstico no remunerado	3,0	5,0	No consta	3,5	3,4
Otras	1,4	1,2	Semanas gestación		
No consta	3,5	4,1	6 ó menos	35,2	35,5
Nivel de instrucción			7 a 9	41,7	47,9
Analfabeta / Sin estudios	0,2	1,5	10 a 14	16,4	14,9
Primer grado	6,7	17,0	15 a 22	6,6	1,7
ESO y equivalentes	22,0	24,7	23 ó más	0,1	0,0
Bachillerato y ciclos de FP equivalentes	33,3	36,2	Motivo interrupción		
Escuelas universitarias/Facultades	34,7	10,6	A petición de la mujer	90,2	97,9
No clasific por grados y no bien especific	0,2	7,9	Grave riesgo salud de la embarazada	1,6	1,2
No consta	2,8	2,1	Riesgo de graves anomalías en el feto	6,8	0,5
Ingresos económicos propios			Anomalías incompatibles con la vida	1,5	0,4
Si	55,3	51,1	Varios motivos	0,0	0,1
No	43,4	48,6	Lugar dónde se informa sobre la posibilidad de IVE		
Procedencia ingresos	19,3	31,0	Centro sanitario público	70,1	70,7
Parereja	46,5	29,4	Centro sanitario privado	11,7	9,0
Familiares	16,8	21,5	Telefonos de información al usuario	0,1	0,1
Otros ingresos	17,5	18,1	Amigos / familiares	6,6	8,5
No consta	1,2	0,3	Medios de comunicación	0,2	0,2
Desconocido	1,3	0,2	Internet	4,3	1,6
Nº de hijos vivos			No consta	7	10
Ninguno	59,0	32,3			
Uno	21,1	31,9			
Dos	15,4	21,4			
Tres o más	4,4	14,4			
Desconocido	0,0	0,0			

Las mayores diferencias, al igual que en años anteriores, las encontramos en los antecedentes obstétricos de las mujeres ya que las extranjeras en su mayoría ya han tenido hijos y también han tenido otras IVEs anteriormente, en mayor proporción que las mujeres españolas. También hay diferencias en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos. Casi la mitad de las mujeres extranjeras no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo. Este porcentaje es algo menor en el caso de las españolas que no utilizan métodos anticonceptivos en el 30,5%. Las extranjeras utilizan en menor medida los métodos de barrera y utilizan métodos hormonales con mayor frecuencia que las nacidas en España. Respecto al motivo de la IVE también hay diferencias siendo la IVE "a petición de la mujer" en el 98% de las IVEs de extranjeras y por tanto las semanas de gestación son menores. No se observan diferencias en la técnica de intervención (datos no presentados en la tabla). El lugar donde se ha informado la mujer antes de someterse a una IVE no presenta diferencias en los dos grupos siendo la sanidad pública en los dos casos donde han obtenido mayoritariamente la información.

En el **Gráfico 3** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad. Se observa un disminución de la tasa de IVE en todos los grupos de edad respecto al año 2011 excepto en el grupo de las más jóvenes. La tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 16,6 por 1000 mujeres.

Gráfico 3. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2011 y 2012



En la **tabla 6** se describen las causas de la IVE cuando el motivo fue el riesgo de anomalías fetales. Así se observa cómo, en la mayoría de ellos (83,0%) la causa fue la existencia de anomalías congénitas (grupo XIV). Dentro de éstas, las más frecuentes fueron las anomalías cromosómicas seguidas de las malformaciones congénitas del sistema nervioso.

En la **tabla 7** se describen las anomalías cromosómicas diagnosticadas en los fetos siendo el "Síndrome de Down" la más frecuente (60,8% de los casos) seguida a distancia del "Síndrome de Edwards" (15,5%).

Tabla 6. Causas de interrupción cuando el motivo ha sido “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras” en mujeres residentes de la CAPV. Año 2012

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
I	(0-139)	Enferm. Infecciosas	2	1,0
II	(140-239)	Neoplasias	5	2,4
III	(240.-279)	Enf. Endocrinas y trastornos de la inmunidad	4	1,9
VI	(320-326)	Enfermedades del sistema nervioso	4	1,9
XIII		Enf. Sist. Osteomuscular	1	0,5
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	171	83,0
	(740-742)	<i>Malf. congénitas del sistema nervioso</i>	31	15,1
	(745-747)	<i>Malf. congénitas del aparato circulatorio</i>	20	9,7
	748	<i>Malf. congénitas del sistema urinario</i>	3	1,5
	753	<i>Malf. congénitas del sist osteomuscular</i>	9	4,4
	(754-756)	<i>Otras malformaciones congénitas</i>	11	5,3
	758	<i>Anomalías cromosómicas</i>	97	47,1
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	17	8,3
	761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	15	7,3
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	2	1,0
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	206	100,0
Total			189	100,0

Los 206 diagnósticos corresponden a 196 casos ya que a cada IVE le puede corresponder más de una anomalía o malformación.

Tabla 7. Frecuencia de las anomalías cromosómicas en las interrupciones realizadas en mujeres residentes en la CAPV por “presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. Año 2012

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	59	60,8
(758.2) Síndrome de Edwards	15	15,5
(758.1) Síndrome de Patau	9	9,3
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	5	5,2
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	4	4,1
(758.7) Síndrome de Klinefelter	2	2,1
(758.31) Síndrome cri-du-chat	1	1,0
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no especificadas	1	1,0
(758.89) Otras	1	1,0
Total	97	100,0

Tabla 8. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2012

AÑO	Nº IVE	TASA
1993	1.283	2,60
1994	1.174	2,37
1995	1.256	2,55
1996	1.278	2,59
1997	1.301	2,64
1998	1.305	2,64
1999	1.435	2,91
2000	1.653	3,34
2001	1.646	3,33
2002	1.804	3,92
2003	1.798	3,93
2004	1.997	4,43
2005	2.383	5,34
2006	2.586	5,86
2007	2.955	6,89
2008	2.996	6,89
2009	3.023	7,03
2010	3.388	7,98
2011	4.138	9,90
2012	3.913	9,49

* Tasa específica por 1.000 mujeres de 15 a 44 años.

La evolución del número total de IVEs que se han realizado a mujeres residentes en la CAPV desde 1993, así como las tasas específicas correspondientes en mujeres de 15 a 44 años, se presentan en la **tabla 8**. Se puede observar que la tasa de IVE no ha dejado de aumentar desde el inicio del registro siendo en 2012 el primer año en el que la tasa disminuye, 9,49 por 1.000 mujeres.

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1997, se presenta en el **Gráfico 4**. En el año 2012 se ha registrado una disminución de esta tasa en todos los grupos de edad excepto en el grupo 15-19 años.

El **Gráfico 5** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1997-2012, observándose en el último año una disminución de la tasa en el Territorio Histórico de Bizkaia. Tanto en Gipuzkoa como en Alava la tasa no ha variado.

Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1997-2012

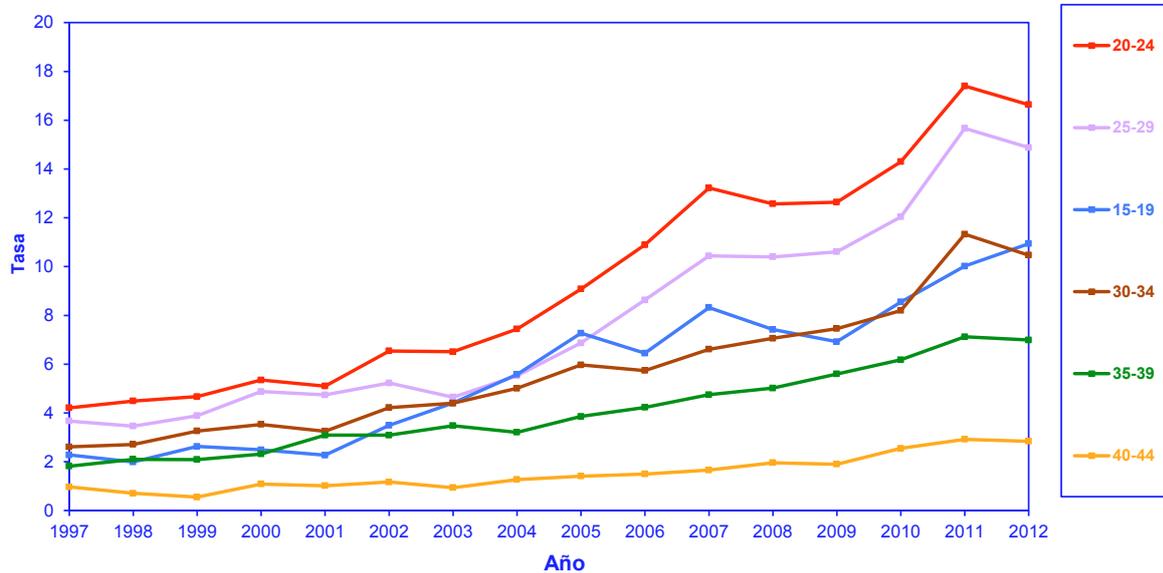
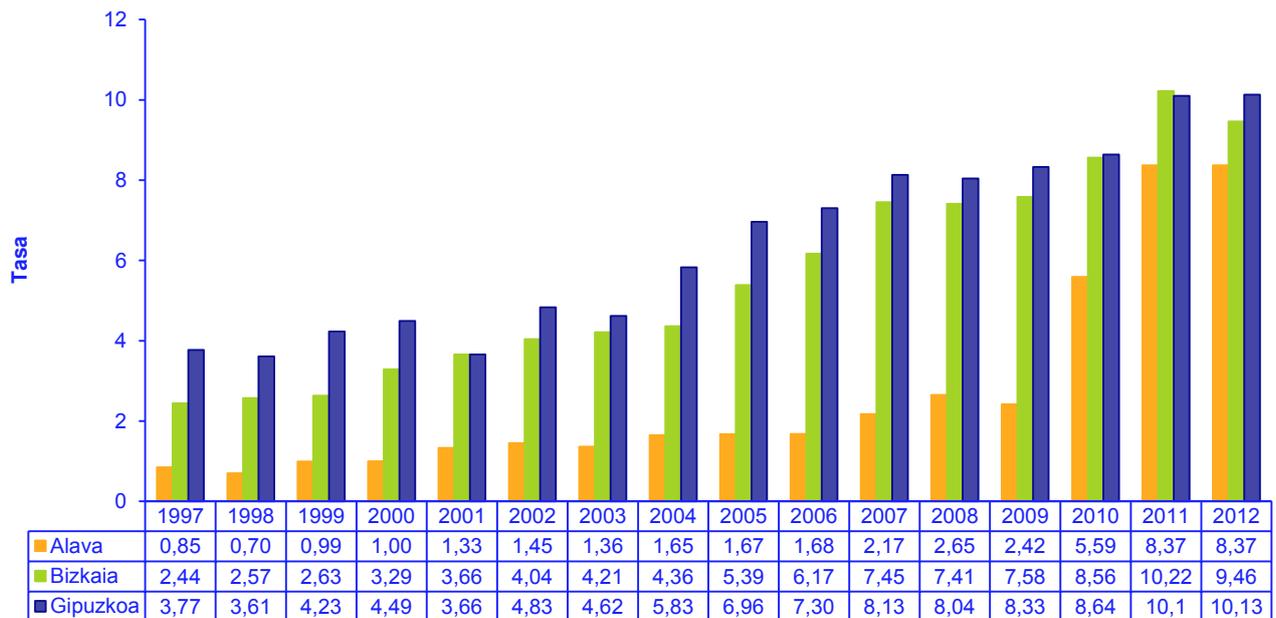


Gráfico 5. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1997-2012



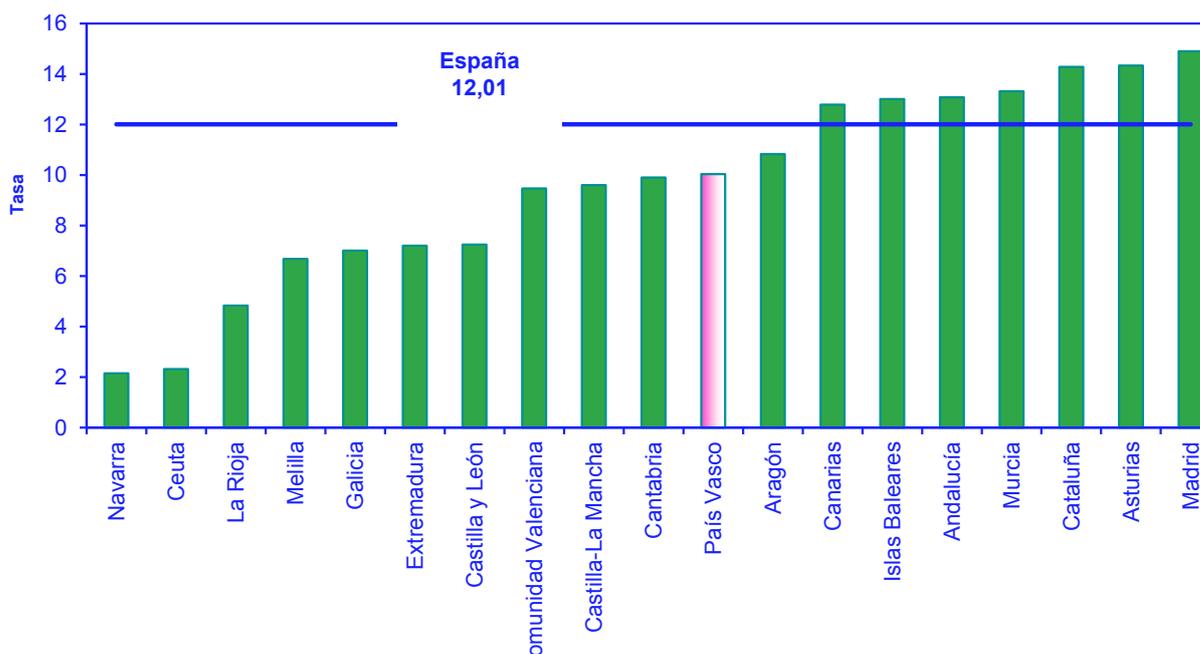
El **Gráfico 6** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España en el periodo 1997-2012. La evolución de todo el periodo es paralela, presentando la CAPV tasas más bajas en todos los años. En el último año se observa un ligero descenso, tanto en la CAPV como en España.

La comparación de la tasa de IVE de la CAPV con la del resto de las Comunidades Autónomas y la media del conjunto de todas las CCAA se puede observar en el **Gráfico 7**. Siete comunidades superan la media siendo la Comunidad de Madrid la que presenta la tasa más alta de IVE en 2012.

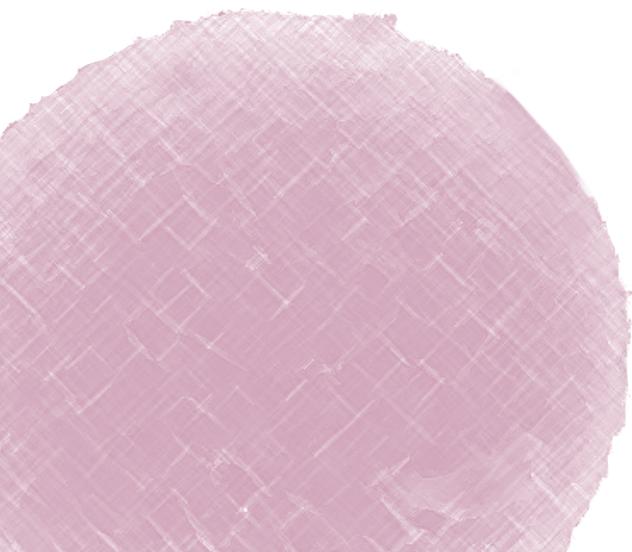
Gráfico 6. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1997- 2012



Gráfico 7. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2012







4 Comentarios

El Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo se basa en notificaciones y por lo tanto es aceptado que se puede producir una infradeclaración. Este hecho influirá en cierta subestimación de las tasas⁵, si bien, como otros trabajos apuntan⁶ este sesgo es común a todos los registros basados en notificaciones. Por otro lado, como se ha mantenido la metodología podemos hacer a lo largo de los años una comparación de estas tasas.

El único criterio de calidad para medir la exhaustividad de la cobertura sólo es posible obtenerlo en los hospitales públicos de la CAPV y suponen solamente un 4,8% del total de las IVEs realizadas en esta Comunidad.

Hay que señalar que desde 2001 no observaba una disminución de la tasa de IVE en la CAPV.

El perfil socio-demográfico de la mujer residente en el País Vasco que se somete a la IVE es similar a años anteriores, representando el grupo de mujeres de 20-24 años la mayor tasa de IVE.

En cuanto a la situación laboral, hay que señalar que ha disminuído el porcentaje de mujeres que se encontraba en situación laboral activa pasando del 60% en 2010 al 55,8% en 2011 y al 52% en 2012. En este último año el 24% de las mujeres se encontraba en paro.

Al igual que en 2011 se encuentran diferencias tanto en los antecedentes obstétricos como en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres nacidas en el extranjero y autóctonas. De ahí la importancia de seguir haciendo hincapié en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y también en mujeres extranjeras.

En la mayoría de las IVE que se realizaron en los hospitales de Osakidetza, el motivo de la interrupción fue de riesgo de graves anomalías o enfermedad extremadamente grave, incurable o incompatible con la vida de feto y como otros autores indican⁷, existe en la CAPV una clara relación entre el motivo IVE y el tipo de centro en el que se realiza.

La existencia de anomalías congénitas, sigue siendo la causa más frecuente de IVE cuando estaba relacionada con la salud fetal. En la mayoría de esos casos, la causa ha sido la presencia de anomalías cromosómicas, principalmente Síndrome de Down. La frecuencia de esta anomalía al nacimiento ha disminuido durante los últimos años debido a la legalización de la IVE, como han señalado varios autores⁸.

⁵MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology principles and methods. Boston: Little Brown and Company; 1970.

⁶Rodríguez C, Sendra JM, Regidor E, Gutierrez JL, Iñigo J. Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España. Gaceta Sanitaria 1994;8:63-70.

⁷Uría M, Mosquera C. Legal abortion in Asturias (Spain) after 1.985 law: Sociodemographic characteristics of women applying for abortion. Eur. J. Epid 1.999; 15: 59-64.

⁸Martínez-Frías ML, Bermejo E. Frequency and trends of congenital defects in Spain: usefulness and significance of different frequencies. Med Clin (Barc). 1999 Oct 16; 113(12) 459-62.

Según datos proporcionados a Eurocat⁹ (European Surveillance of Congenital Anomalies) entre los años 2007 y 2011 y para todos los países participantes en el registro, el 14,9 de las anomalías congénitas registradas, fueron diagnosticadas prenatalmente terminando en una IVE.

En 2010, con la entrada de la nueva Ley, y la inclusión de esta prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se comenzaron a financiar las intervenciones, en el caso de que la mujer solicite dicha financiación. Este hecho, la entrada de los casos en el circuito de sanidad pública, puede haber contribuido a la disminución de una posible infradeclaración a partir de ese momento. Otro hecho que se observa es el aumento del porcentaje de mujeres extranjeras desde 2009, pasando del 37,7% al 44,0% tanto en 2011 como en 2012, y por tanto habrá influido en el aumento de las tasas en todos los grupos de edad.

Esto lleva a pensar que probablemente en los últimos años, cuando no se recogía el dato sobre el país de origen, era un motivo para explicar el aumento de las tasas de IVE de la CAPV. Es difícil conocer con exactitud el impacto real que ha supuesto, ya que no se puede saber si todas las mujeres inmigrantes están empadronadas y por lo tanto no estarían en el denominador de las poblaciones de mujeres residentes.

⁹ EUROCAT Website Database: <http://www.eurocat-network.eu> (data uploaded 06/12/2011)

Bibliografía

- Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Modificación Clínica 9ª revisión 7ª edición-Enero. Madrid 2010.
- Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010*.
- Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011*.
- MacMahon B, Pugh TF. *Epidemiology principles and methods*. Boston: Little Brown and Company; 1970.
- Rodríguez C, Sendra JM, Regidor E, Gutierrez JL, Iñigo J. *Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España*. Gaceta Sanitaria 1994;8:63-70.
- Uría M, Mosquera C. *Legal abortion in Asturias (Spain) after 1.985 law: Sociodemographic characteristics of women applying for abortion*. Eur. J. Epid 1.999; 15: 59-64.
- Martínez-Frías ML, Bermejo E. Martínez-Frías ML, Bermejo E. Frequency and trends of congenital defects in Spain: usefulness and significance of different frequencies. Med Clin (Barc). 1999 Oct 16; 113(12) 459-62.
- EUROCAT Website Database: <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (data uploaded 18/12/2013)



Agradecimientos

A todos los profesionales de los centros que realizan Interrupciones Voluntarias del Embarazo, por su exhaustividad en la recogida y envío de los datos.

ANEXO 1. Centros que han notificado interrupciones voluntarias del embarazo. CAPV 2012

ALAVA

Hospital Universitario de Alava
Clínica Dr. Echevarría

GIPUZKOA

Hospital comarcal del Alto Deba
Hospital Universitario Donostia
Consultorio Dr. Prada
Askabide
Hospital de Mendaro
Hospital de Zumárraga

BIZKAIA

Hospital Universitario de Cruces
Hospital Universitario de Basurto
Clínica Euskalduna
Módulo Psicosocial Rekaldeberri
Clínica Ginecológica Carlton

Anexos

ANEXO 2. Población de mujeres por grupos de edad según Territorio Histórico de residencia. CAPV 2012

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
15-19	6.200	21.800	13.600
20-24	7.400	25.900	14.600
25-29	9.900	33.800	18.000
30-34	12.500	42.900	23.800
35-39	13.900	48.700	28.500
40-44	13.200	47.300	27.200
Total	63.100	320.400	125.700

Fuente: EUSTAT a 27/08/2013

