



INFORME DEL REGISTRO DE

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO

2007

Marzo 2009

Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria
Departamento de Sanidad

**OSASUN SAILA**

Osasun Sailburuordetza
Osasun Plangintzaeta
Antolamenduko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Viceconsejería de Sanidad
Dirección de Planificación y
Ordenación Sanitaria

INTRODUCCIÓN

Desde la entrada en vigor de la ley de despenalización del aborto de 1985, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), está sometida a vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Sanidad y Consumo, ateniéndose a la Orden de 16 de Junio de 1986, 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 Sanidad del Gobierno Vasco.

Los datos recogidos en este registro, 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.

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 2007 y la evolución de las tasas de abortividad 1997-2007 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 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos presentados son los recogidos en las fichas de notificación que corresponden a las IVEs notificadas en el año 2007 al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo ubicado en el Departamento de Sanidad.

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 aplicación informática desarrollados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Anualmente y una vez realizada la depuración definitiva de los datos, se envía el fichero de las Interrupciones realizadas en nuestra Comunidad al Ministerio, el cual posteriormente, enviará al registro de IVEs de la CAPV los datos de las mujeres vascas que recurrieron a la IVE en otras comunidades.

En el año 2000 se comenzó a recoger la información sobre la causa de la IVE en los hospitales de Osakidetza que 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 comenzó a recoger 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 se tienen en cuenta únicamente los centros que han notificado estas variables correctamente.

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 y Consumo², así como con publicaciones del Departamento de Sanidad^{3,4}. Para el cálculo de las tasas se han utilizado las proyecciones de población 2015 difundidas por EUSTAT en 2005.

Las tasas de España y de otras comunidades se han obtenido de la publicación anual del Ministerio de Sanidad.

RESULTADOS

El número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2007 fue de 3.444 y significa el mayor número de notificaciones desde que se creó el registro. De éstas el número de intervenciones realizadas a mujeres residentes en otras CCAA fue de 614 siendo la mayoría de Comunidades limítrofes como Navarra (44,3%), Cantabria (39,4%), La Rioja (9,0%) y Burgos (4,2%). 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 2.955 (369 mujeres más que el año pasado) y a éstas se refieren los resultados que se presentan (**Tabla 1**).

Los centros acreditados en la CAPV que notificaron IVEs fueron 7 públicos y 7 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 2007. Como se puede observar, las mujeres que más frecuentemente recurrieron a la IVE fueron el grupo de edad de 25 a 29 años y 356 (12%) eran adolescentes (menores de 19 años).

En algo más de la mitad de los casos, la mujer no convivía en pareja. Respecto a la situación laboral, cerca del 67% trabajaba, el 13,7% se encontraba en paro y el 11,8% eran estudiantes. En cuanto al nivel de instrucción la mitad de ellas (49,5%) tenía o estaba cursando estudios de segundo grado/2º ciclo o superiores y entre estas últimas, el 12% tenía o estaba cursando estudios universitarios.

En más de la mitad de los casos (55,5%) la mujer no tenía hijos y en uno de cada cuatro casos ya había recurrido a la IVE con anterioridad. En el 68% de los casos, la mujer no había acudido a ningún centro o servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos durante los dos años previos a la IVE. En el caso de las adolescentes, este porcentaje se eleva al 86% (**Gráfico 1**).

La evolución del porcentaje de mujeres que sometiéndose a la IVE no habían acudido en los dos años previos a ningún centro de planificación familiar se observa en el **Gráfico 2**. Las mujeres pertenecientes a los grupos de edad más jóvenes, son las que en menor medida hacen uso de los recursos de planificación a lo largo de los diez años de estudio.

En la mayoría de los casos (65,7%) la IVE se hizo en las primeras 8 semanas de gestación. En el 94,2% de los casos el motivo alegado para la realización de la IVE fue la existencia de peligro para la salud física o psíquica de la embarazada manteniéndose este porcentaje similar a años anteriores. La aspiración fue la técnica de intervención más utilizada (54,6%), seguida de la RU-486 (28,9%).

En la [tabla 3](#) se observan el país de nacimiento y el año de llegada a España de las mujeres extranjeras. Hay que señalar que este análisis se ha realizado teniendo en cuenta los datos de los centros que han rellenado correctamente esta variable lo que supone un 73% de todas las IVEs. De esta forma se observa cómo 778 mujeres (35,9%) han nacido en el extranjero. La mayoría de las mujeres inmigrantes son de Bolivia (35,7%), seguidas de las de Rumanía y Colombia en la misma proporción (10,5%), Ecuador (7,6%) y Paraguay (7,2%) . Si tenemos en cuenta el total de extranjeras, vemos cómo la mayoría (55,2%) llevaría menos de cuatro años en España aunque, como se puede observar, ésto no es así en las mujeres cuyo país de nacimiento es Colombia, Ecuador, Nigeria o República Dominicana, donde la mayoría llevan en España 4 años o mas.

En la [tabla 4](#) se ha hecho una comparación entre las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Así se puede observar cómo prácticamente no existen diferencias en la edad media, alrededor de 27 años. Encontramos diferencias en cuanto a la convivencia: las mujeres extranjeras conviven en pareja en mayor proporción que las nacidas en España (un 56,8% frente a un 36,1% respectivamente). Respecto a la situación laboral, aunque las mujeres extranjeras están trabajando en mayor medida, también están más en paro y hay más amas de casa en contraposición con las españolas, las cuales aunque trabajan en menor proporción, casi un 18% de ellas son estudiantes frente a un 4% de las extranjeras. En cuanto al nivel de estudios, las españolas tienen un mayor nivel de estudios universitarios, más de un 30% frente a sólo un 10% las extranjeras. En lo relativo a los ingresos económicos propios también se encuentran diferencias, ya que las extranjeras disponen de ellos en mayor proporción.

Son importantes las diferencias existentes respecto a hijos, IVEs anteriores y utilización de centros de planificación familiar. La mayoría de las mujeres nacidas en España (69%) no tiene hijos y sin embargo las mujeres nacidas en el extranjero tienen ya hijos y han recurrido a la IVE con anterioridad en mayor proporción que las

españolas. Las mujeres que no acuden a centros de planificación familiar son un 74% nacidas en España frente a un 89% nacidas en el extranjero.

En las semanas de gestación y en el motivo de la IVE no se observan diferencias, pero sí en la técnica de intervención, siendo la técnica utilizada más frecuentemente la RU-486 (42,2%) en las nacidas en España, y la aspiración (58,1%) en las extranjeras

En el **Gráfico 3** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad donde se puede observar que, como en años anteriores la tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 13,22 por 1000 mujeres.

En la **Tabla 5** se describen las causas de la IVE cuando el motivo ha sido “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. Como se puede observar, en la mayoría de ellos (77,9%) la causa fue la existencia de anomalías congénitas (grupo XIV) y dentro de éstas las más frecuentes las alteraciones cromosómicas seguidas de las malformaciones congénitas del sistema nervioso.

En la **Tabla 6** se describen las anomalías cromosómicas diagnosticadas en los fetos siendo el “Síndrome de Down” la más frecuente (57,9% de los casos) seguida a distancia del “Síndrome de Edwards” (10,5%) y del “Síndrome de Klinefelter” (9,2% de los casos).

En la **Tabla 7** se presenta una evolución del número total de IVEs que se han realizado a mujeres residentes en la CAPV desde 1993 y las tasas específicas correspondientes en mujeres de 15 a 44 años residentes en esta Comunidad Autónoma. En este último año se presenta la tasa más alta de todos los años.

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1997 se presentan en el **Gráfico 4**. Las mujeres del grupo de edad 20-24 son en todo el periodo, las que presentan mayor tasa de IVE y se observa un aumento en todos los grupos de edad, aunque es más acusado en los grupos de edad más jóvenes, sobre todo a partir de 2003.

El **Gráfico 5** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1997-2007, observándose un aumento de la tasa en los tres Territorios Históricos, aunque es más acusado en Gipuzkoa y Bizkaia.

El **Gráfico 6** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España desde el año 1997. Se observa tanto en España como en la CAPV un aumento continuo, progresivo y paralelo en el periodo estudiado.

La comparación de la tasa de la CAPV con la del resto de las Comunidades Autónomas se puede observar en el **Gráfico 7**, siendo la CAPV la séptima Comunidad con menor tasa de abortividad.

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 6,1% del total de las IVEs realizadas en esta Comunidad.

En general en los últimos diez años se muestra una tendencia ascendente en las tasas de abortividad en todos los grupos de edad, siendo el aumento más acusado desde el año 2003 en los tres grupos de edad más jóvenes.

El perfil socio-demográfico de la mujer residente en el País Vasco que se somete a la IVE es similar a años anteriores. Tiene entre 20 y 29 años, se encuentra en situación laboral activa, tiene o está cursando estudios de segundo grado, segundo ciclo o superiores y no se ha sometido a otra interrupción voluntaria del embarazo.

Las mujeres más jóvenes son las que en menor medida habían hecho uso de algún centro de planificación familiar para recibir información o asesorarse sobre la utilización o control de métodos anticonceptivos. Este hecho, que se repite a lo largo de los años, indica la necesidad de mejorar el sistema en educación sexual en los jóvenes.

En los centros privados, el motivo por el que se realizó la interrupción del embarazo fue “peligro para la salud física o psíquica de la embarazada” en todos los casos, ya que estos centros sólo están acreditados para la práctica de la IVE en este supuesto. Sin embargo, en las IVE que se realizaron en los centros públicos, el motivo de la interrupción fue, en el 93% de los casos, “presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”; así vemos, como otros autores indican⁷, una clara relación entre el motivo de la IVE y el tipo de centro en el que se realiza. Así mismo hay que tener en cuenta que en la CAPV no hay ningún centro privado acreditado para la realización de

la IVE de más de 12 semanas, es por ello por lo que las mujeres que acuden a centros de otras CCAA en su mayoría están embarazadas de más de 12 semanas.

La causa de la IVE cuando estaba relacionada con la salud fetal, ha sido en aproximadamente 8 de cada 10 casos la existencia de anomalías congénitas, porcentaje similar en años anteriores, existiendo en la gran mayoría de los casos anomalías cromosómicas, principalmente Síndrome de Down. Como han señalado varios autores, su frecuencia al nacimiento ha disminuído en estos últimos años debido a la legalización de la IVE⁸. Según datos del País Vasco proporcionados a Eurocat⁹ (European Surveillance of Congenital Anomalies), en los años 2000-2005, de las 582 anomalías cromosómicas registradas, 446 fueron diagnosticadas prenatalmente terminando en una IVE.

La utilización de la RU-486, como método para la IVE, se introdujo en 2001. Desde entonces, se ha venido utilizando en la CAPV en aproximadamente una de cada tres intervenciones, no siendo así en el conjunto del Estado Español, en el que su utilización también desde su introducción ha sido, al igual que años precedentes sensiblemente más baja (alrededor del 5%).

En 2007 se ha podido conocer por primera vez en esta Comunidad el número de mujeres inmigrantes que se someten a una IVE. Su número probablemente está infraestimado ya que solamente en un 73% de los casos, los centros han cumplimentado correctamente esa información. Aún y todo suponen algo más de 1 de cada 3 casos, lo que lleva a pensar que probablemente en los últimos años han tenido una clara relación en el aumento de las tasas de IVE de la CAPV. Es difícil conocer con exactitud el impacto real que han 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.

En 2007 el porcentaje de mujeres inmigrantes en la CAPV ha sido inferior que en otras CCAA donde han supuesto el 60% en la Comunidad de Madrid, el 42,4% en Cataluña y el 43% en la Comunidad Valenciana (datos todavía sin publicar).

En el análisis según el país de nacimiento, las mayores diferencias se han observado respecto a la convivencia en pareja, hijos, nº de IVEs anteriores, utilización de centros de planificación familiar y técnica de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificación Clínica 9ª revisión 6ª edición. Madrid 2008.
- 2) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 3) Dirección 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 2005.
- 4) Dirección de Planificación y Ordenación 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 2006.
- 5) MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology principles and methods. Boston: Little Brown and Company; 1970.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) EUROCAT Website Database: <http://www.bio-medical.co.uk/eurocatlive> (data uploaded 10/12/2007)
- 10) Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Informes de Salud. Nº 103 Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunitat valenciana 2006.

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 2007.

ALAVA

Hospital Txagorritxu
Centro ginecológico Dr. Echevarria

GIPUZKOA

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

BIZKAIA

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

ANEXO 2

Población de mujeres por grupos de edad según Territorio Histórico de residencia.
CAPV 2007.

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
15-19	6.100	22.000	13.600
20-24	8.100	28.900	16.400
25-29	11.000	39.300	22.400
30-34	12.700	46.500	27.600
35-39	12.400	45.700	26.700
40-44	12.400	46.600	27.200
Total	62.700	229.000	133.900

Fuente: EUSTAT Proyecciones demográficas 2015

Difundidas por Eustat en 2005

Tabla 1. Total de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas al Registro de la CAPV y las realizadas a mujeres residentes en la CAPV. Año 2007.

AÑO	Nº IVES realizadas en la CAPV*		Nº IVES en residentes en la CAPV	
2007	A mujeres residentes en la CAPV	A mujeres residentes en otras CCAA	En centros de la CAPV	En centros de otras CCAA
	2.830	614	2.830	125
TOTAL	3.444		2.955	

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

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 2007.

	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	2.955		9	347	706	759	574	403	143	14
%			0,30%	11,74%	23,89%	25,69%	19,42%	13,64%	4,84%	0,47%
Situación laboral										
Empresaria	53	1,8%	0	0	3	8	17	22	3	0
Trabaja a sueldo	1.917	64,9%	0	81	402	575	445	292	111	11
Pensionista	6	0,2%	0	3	0	0	0	3	0	0
Estudiante	350	11,8%	9	192	124	21	1	1	1	1
Parada	401	13,6%	0	59	144	98	61	30	9	0
Ama de casa	159	5,4%	0	9	27	44	33	29	15	2
Otros	7	0,2%	0	0	1	3	1	2	0	0
No consta	62	2,1%	0	3	5	10	16	24	4	0
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	39	1,3%	0	3	8	17	9	2	0	0
1ª grado	201	6,8%	0	26	54	45	40	25	11	0
2ª grado, 1º ciclo	878	29,7%	7	134	210	231	157	104	31	4
2ª grado, 2º ciclo	1.103	37,3%	2	158	258	285	199	140	55	6
3ª grado (Escuela)	367	12,4%	0	15	107	90	79	55	17	4
3ª grado (Facultad)	288	9,7%	0	7	60	73	73	51	24	0
No clasificables	2	0,1%	0	0	0	0	2	0	0	0
No consta	77	2,6%	0	4	9	18	15	26	5	0
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.639	55,5%	9	323	519	401	231	130	24	2
Uno	666	22,5%	0	18	137	198	160	104	43	6
Dos	458	15,5%	0	4	42	111	124	121	51	5
Tres	135	4,6%	0	1	5	38	40	29	21	1
Cuatro o más	53	1,8%	0	1	3	10	17	19	4	0
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2.209	74,8%	9	313	549	529	409	297	93	10
Uno	544	18,4%	0	30	132	160	119	68	31	4
Dos	130	4,4%	0	4	17	47	24	26	12	0
Tres o más	72	2,5%	0	0	8	23	22	12	7	0
Semanas gestación										
8 ó menos	1.941	65,7%	4	221	494	532	358	227	93	12
9 a 12	786	26,6%	4	109	194	181	157	109	30	2
13 a 16	63	2,1%	0	3	5	18	12	19	6	0
17 a 20	105	3,6%	1	9	8	15	30	31	11	0
21 ó más	60	2,0%	0	5	5	13	17	17	3	0
Motivo interrupción										
Riesgo salud materna	2.782	94,1%	9	344	698	729	524	338	126	14
Riesgo fetal	171	5,8%	0	3	7	29	50	65	17	0
Salud materna+riesgo fetal	2	0,1%	0	0	1	1	0	0	0	0
Técnica intervención										
Aspiración	1.612	54,6%	4	185	392	424	316	208	75	8
Dilatación	95	3,2%	1	9	12	20	22	23	8	0
Legrado	353	11,9%	1	35	45	72	87	86	26	1
Ru-486	853	28,9%	3	114	252	236	138	73	32	5
Iny. intravenosa	5	0,2%	0	2	2	1	0	0	0	0
Iny. Intrauterina	2	0,1%	0	0	0	1	1	0	0	0
Otros	35	1,2%	0	2	3	5	10	13	2	0

Tabla 3. Número de años desde que la mujer extranjera llegó a España. IVE Año 2007

	Nº de años											Total de extranjeras	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o mas	Desc	N	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Total	6,8	24,3	13,2	10,9	8,1	5,7	5,8	3,3	1,7	3,0	17,0	778	100,0
Bolivia	5,8	38,1	18,0	10,8	8,6	3,2	0,0	0,4	0,0	0,0	15,1	278	35,7
Rumania	11,0	22,0	15,9	9,8	6,1	9,8	3,7	2,4	0,0	0,0	19,5	82	10,5
Colombia	3,7	4,9	6,1	8,5	3,7	4,9	25,6	11,0	3,7	10,9	17,1	82	10,5
Ecuador	3,4	0,0	1,7	0,0	18,6	16,9	16,9	10,2	8,5	0,0	23,7	59	7,6
Paraguay	10,7	28,6	19,6	7,1	3,6	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	28,6	56	7,2
Nigeria	12,0	0,0	8,0	20,0	16,0	12,0	16,0	8,0	0,0	0,0	8,0	25	3,2
Brasil	8,0	20,0	0,0	12,0	16,0	0,0	4,0	8,0	8,0	8,0	16,0	25	3,2
Perú	0,0	32,0	28,0	16,0	8,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	25	3,2
Marruecos	0,0	18,2	18,2	22,7	0,0	4,5	13,6	4,5	0,0	13,5	4,5	22	2,8
Guinea Ecuatorial	15,4	15,4	0,0	0,0	15,4	7,7	7,7	7,7	0,0	30,8	0,0	13	1,7
China	0,0	8,3	0,0	33,3	16,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	12	1,5
Nicaragua	18,2	54,5	18,2	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11	1,4
Argentina	0,0	22,2	11,1	22,2	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	9	1,2
Cuba	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	25,0	8	1,0
República Dominicana	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3	14,3	28,6	0,0	7	0,9
Venezuela	0,0	28,6	14,3	42,9	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	0,9
México	16,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	33,3	6	0,8
Honduras	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	20,0	5	0,6
Otros países												46	6,1

Tabla 4. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2007

	País de nacimiento			País de nacimiento	
	España	Extranjero		España	Extranjero
Total %	64,1%	35,9%		64,1%	35,9%
Edad media	27,2	27,1	Nº IVEs anteriores		
			Ninguno	81,7	64,4
Convive en pareja			Uno	14,6	24,1
Si	36,1	56,8	Dos ó más	3,8	11,5
No	63,1	41,8			
Desconocido	0,8	1,4	Utilización centros planificación		
Situación laboral			Si. Público	14,2	7,1
Empresaria	2,8	0,4	Si. Privado	10,2	2,2
Trabaja a sueldo	60,6	69,7	Si. Otros	0,7	0,3
Estudiante	17,7	4,0	No	74,4	89,3
Parada	14,6	17,2	Desconocido	0,4	1,2
Ama de casa	3,7	7,4	Semanas gestación		
Otros o desconocida	0,7	1,4	8 ó menos	67,3	71,1
			9 a 12	28,9	26,8
Nivel de instrucción			13 a 16	1,2	0,4
Sin estudios	0,9	2,6	17 a 20	1,4	1,6
1º grado	4,4	11,4	21 ó más	1,3	0,1
2º grado, 1º ciclo	22,0	37,7	Motivo interrupción		
2º grado, 2º ciclo	38,6	36,0	Riesgo salud materna	99,7	99,6
3º grado (Escuela)	16,8	5,2	Riesgo fetal	0,3	0,4
3º grado (Facultad)	13,8	4,9			
No clasificable o desconocido	3,5	2,3	Técnica intervención		
Ingresos económicos propios			Aspiración	39,0	58,1
Si	64,3	74,7	Dilatación	2,6	1,4
NO	35,6	25,0	Legrado	15,5	5,4
Desconocido	0,1	0,3	Ru-486	42,2	34,8
Nº de hijos vivos			Iny. Intravenosa	0,2	0,3
Ninguno	68,9	37,6	Inyección intrauterina	0,1	0,0
Uno	17,0	26,6	Otros	0,4	0,0
Dos	10,6	23,6			
Tres o más	3,3	12,1			
Desconocido	0,1	0,1			

Tabla 5. 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 2007.

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
II	(140-239)	Neoplasias	6	3,3
VII	(390-459)	Enfermedades del aparato circulatorio	1	0,6
VIII	(460-519)	Enfermedades del aparato respiratorio	1	0,6
XI	(650-659)	Embarazo, parto, puerperio	1	0,6
XIII	(710-739)	Enfermedades sist. osteo-muscular	2	1,1
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	141	77,9
	(740-742)	<i>Malf. congénitas del sistema nervioso</i>	30	
	(745-747)	<i>Malf. congénitas del aparato circulatorio</i>	9	
	-753	<i>Malf. congénitas del sistema urinario</i>	7	
	(754-756)	<i>Malf. congénitas del sist osteomuscular</i>	12	
	-758	<i>Anomalías cromosómicas</i>	76	
	(757-759)	<i>Otras malformaciones congénitas</i>	7	
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	27	14,9
	-761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	23	
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	2	1,1
Total			181	100,0

Los 181 diagnósticos corresponden a 173 casos ya que a cada IVE le puede corresponder más de una anomalía o malformación.

Tabla 6. 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 2007.

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	44	57,9
(758.2) Síndrome de Edwards	8	10,5
(758.7) Síndrome de Klinefelter	7	9,2
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	6	7,9
(758.1) Síndrome de Patau	4	5,3
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	4	5,3
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	2	2,7
(758.9) Afecciones por anomalías autosómicas no esp.	1	1,3
Total	76	100

Tabla 7. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2007.

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

* tasa específica por 1000 mujeres de 15 a 44 años.

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres, según grupo de edad, que se ha sometido a la IVE y NO había acudido a centros sanitarios para la utilización de métodos anticonceptivos. CAPV 2007.

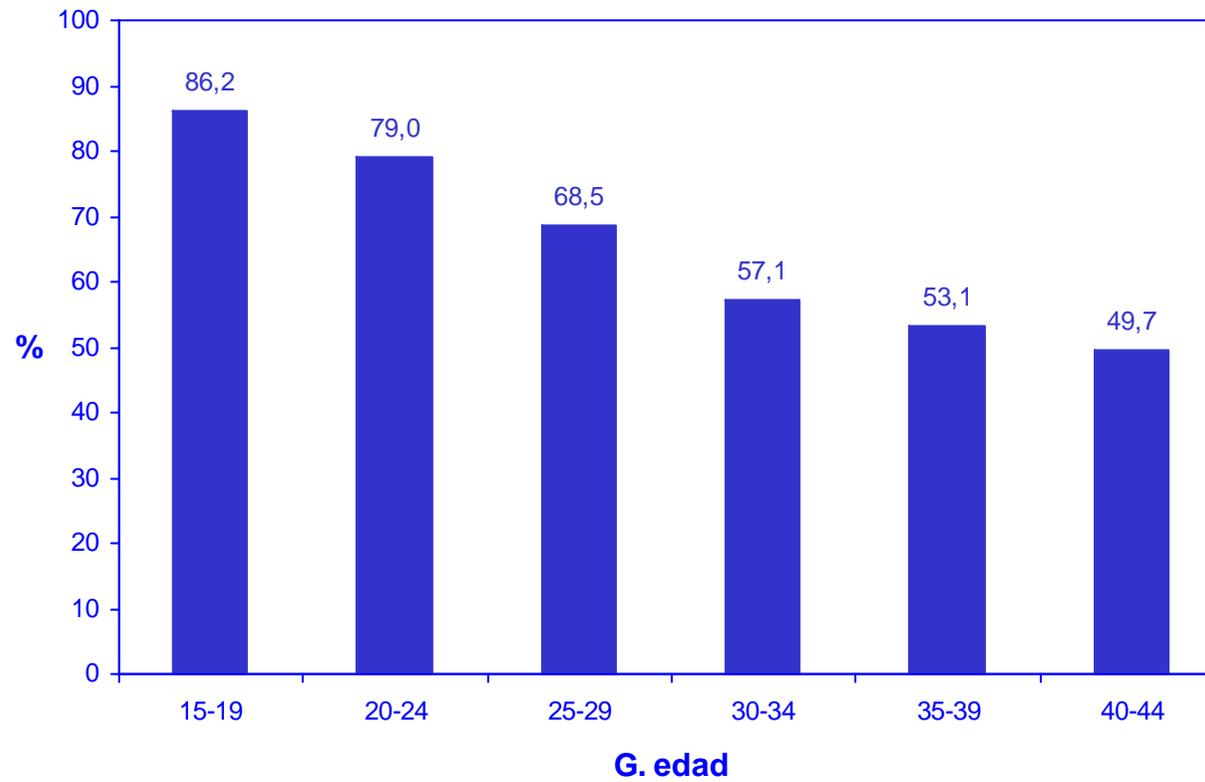


Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que recurren a la IVE y NO habían acudido a centros de planificación familiar en los dos años anteriores, por grupos de edad. CAPV 1997-2007

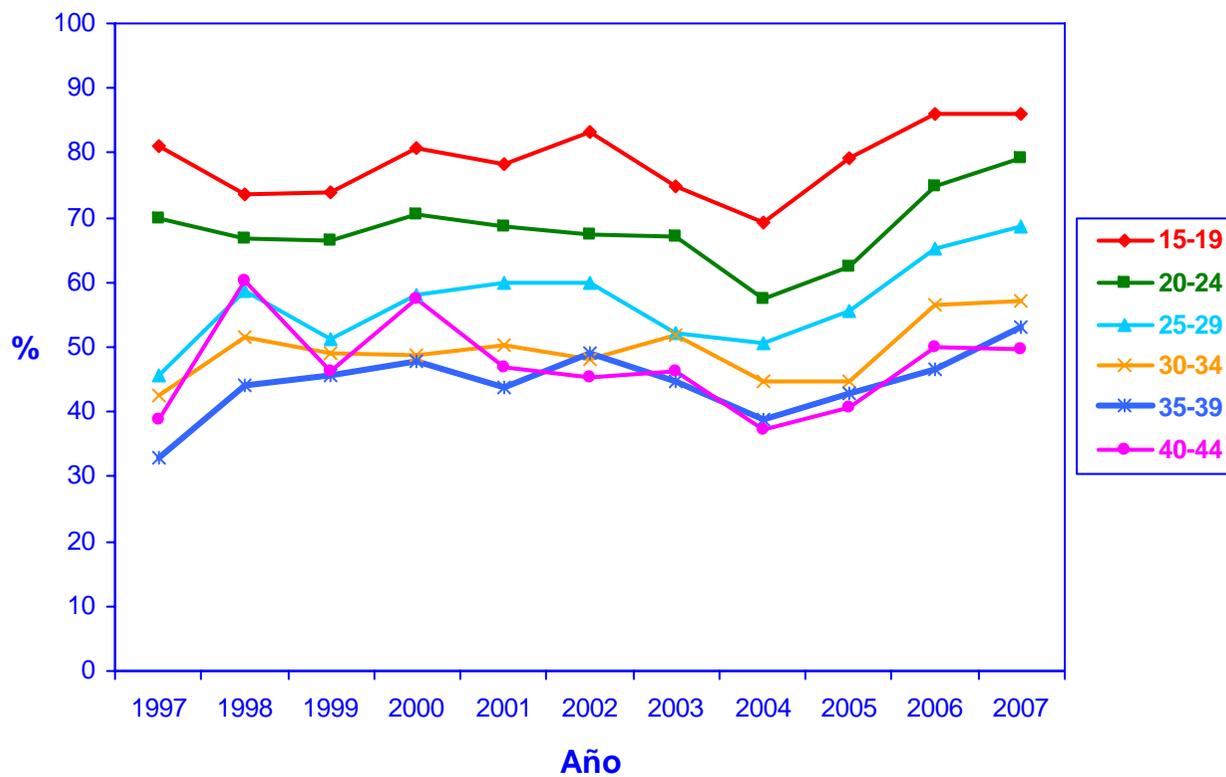


Gráfico 3. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2007

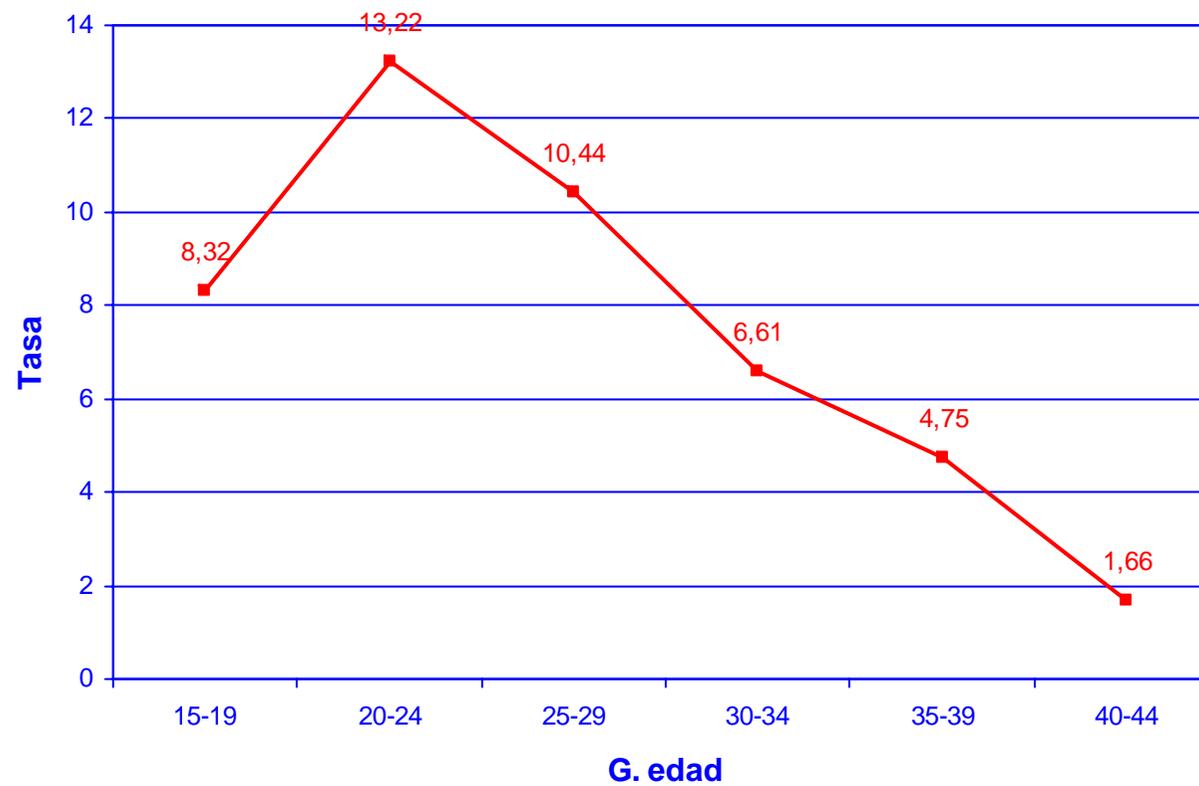


Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1997-2007

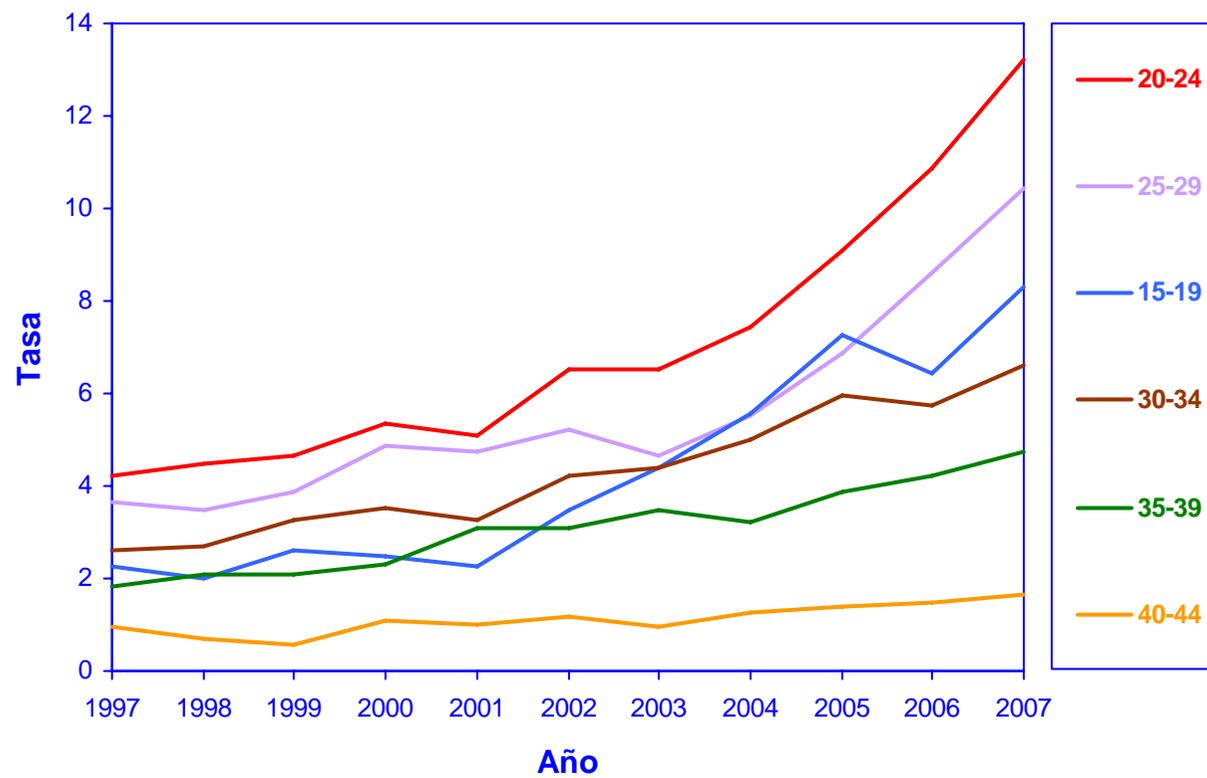


Gráfico 5. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1997-2007

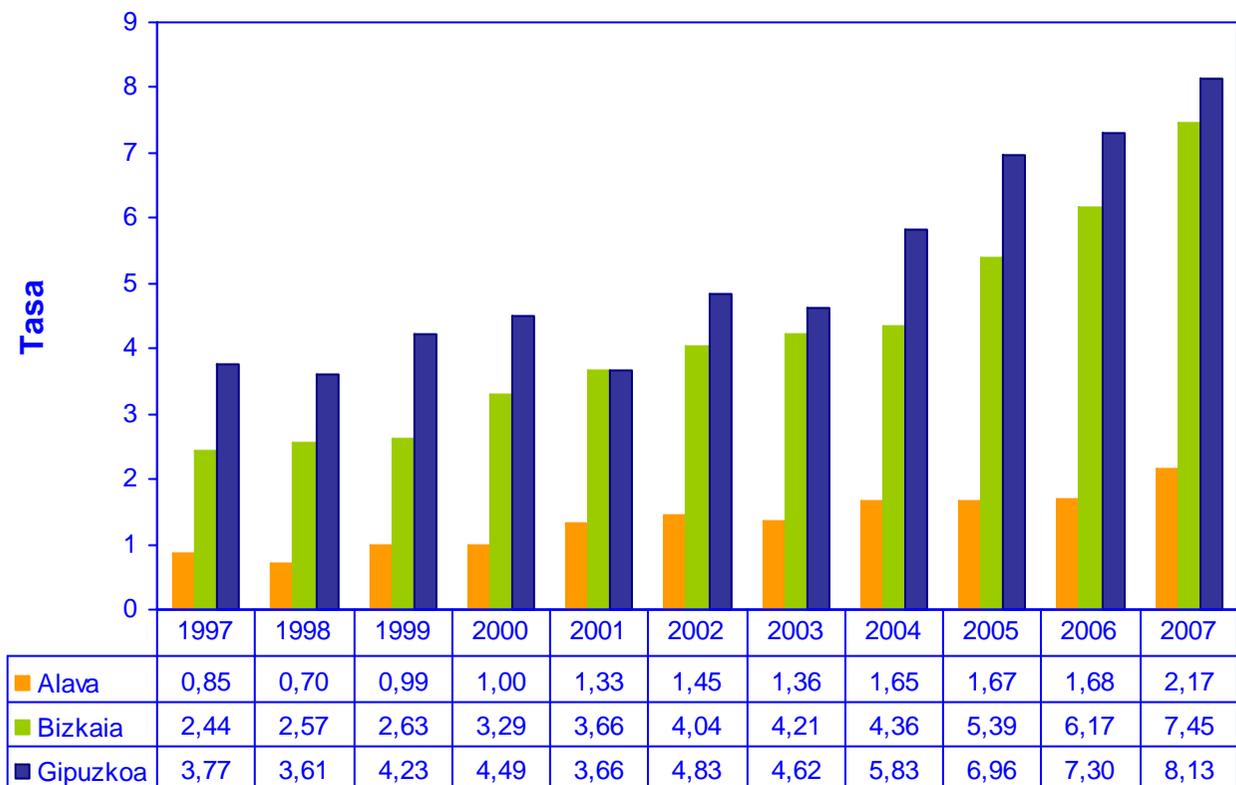


Gráfico 6. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1997- 2007

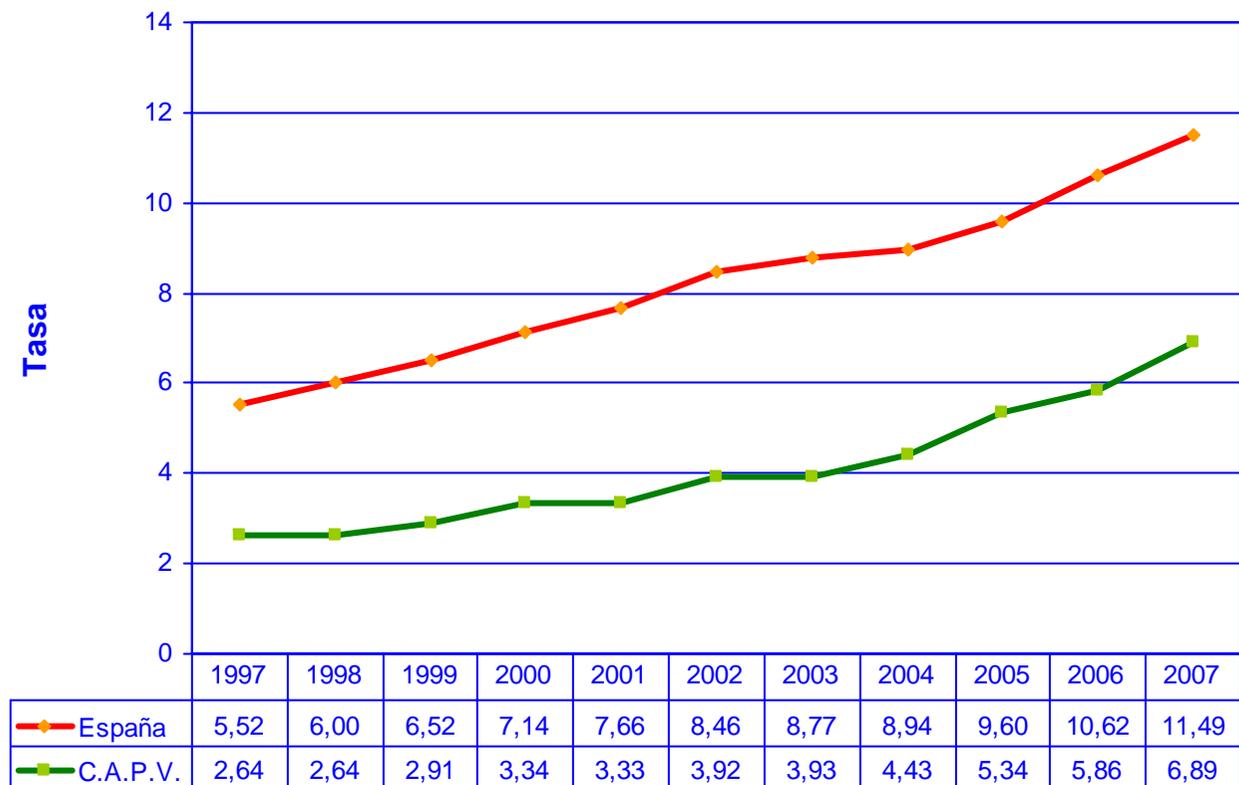


Gráfico 7. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2007

