

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2011

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO **2011**

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, 2013

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 2013

Tirada:

35 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, M.I. Izarzugaza (info2-san@ej-gv.es)
Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria
Departamento de Salud

Diseño y maquetación:

EkipoPO

Impresión:

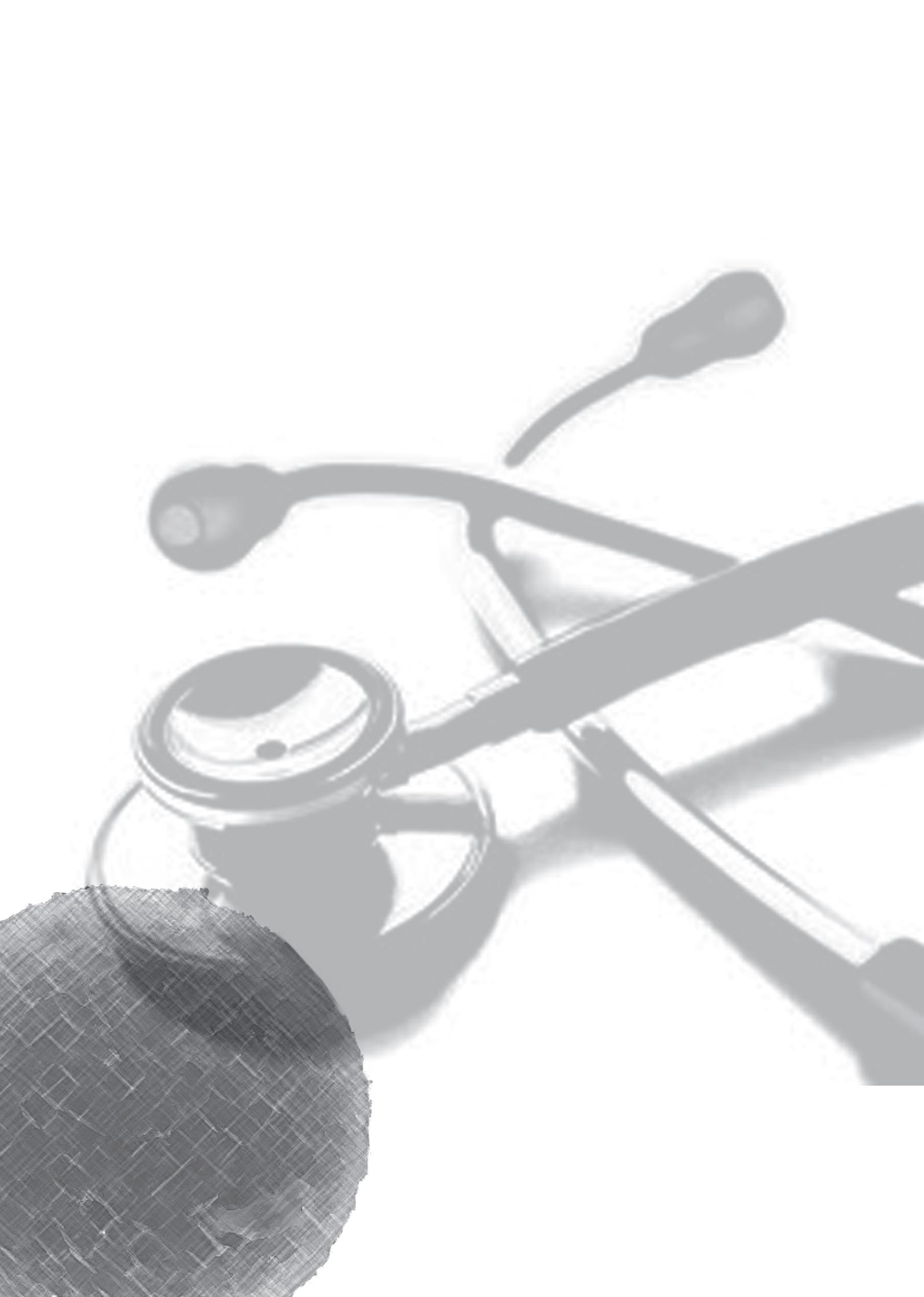
Servicio de Imprenta y Reprografía del Gobierno Vasco

D.L.:

VI 32-2013

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 2011 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 2011.

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 2011 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 el año 2000 se comenzó a recoger la información sobre la causa de la IVE que se realizó en los hospitales de Osakidetza y 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 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}.

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 2010*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

³Dirección 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 2009*.

⁴Dirección del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010*.

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 (diciembre 2012)

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 2011 fue de 4.960 y significa el mayor número de notificaciones desde que se creó el registro. 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 822, el mayor número de residentes en otras CCAA registrado hasta el momento, siendo la mayoría de Comunidades limítrofes como Navarra (61,1%), Cantabria (21,3%) y La Rioja (14,5%). 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 4.138 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 2011.

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
2011	4.060	822	4.060	78
TOTAL		4.882		4.138

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

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 2011 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, 426 (10,3%%) eran menores de 20 años.

En lo que respecta a la convivencia, algo más del 44% de las mujeres convivía en pareja y el 28,4% convivía con los padres. En cuanto a la situación laboral, en el 55,8% de los casos se encontraba en situación laboral activa, el 20,1% se encontraban en paro y algo más del 13% eran estudiantes.

Si observamos el nivel de instrucción vemos como el 54,4% de las mujeres tenía o estaba cursando bachillerato o ciclos de formación profesional o superiores y entre estas últimas, el 21,2% tenía o estaba cursando estudios universitarios.

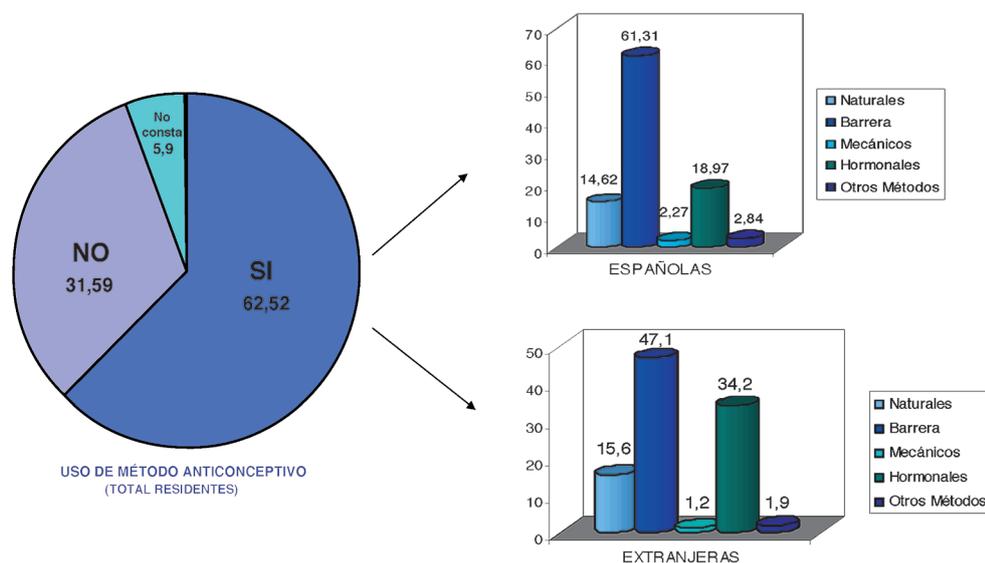
Tabla 2. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE y datos sobre la intervención, por grupos de edad. Año 2011.

	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	4.138		10	416	851	1.003	934	649	254	21
%			0,2%	10,1%	20,6%	24,2%	22,6%	15,7%	6,1%	0,5%
Convivencia en pareja										
Sola	539	13,0%	0	10	77	139	150	121	39	3
En pareja	1.835	44,3%	0	43	256	433	526	400	163	14
Con padres/familiares	1.174	28,4%	9	340	429	262	91	34	9	0
Otras personas	332	8,0%	0	13	64	108	90	45	12	0
No consta	258	6,2%	1	10	25	61	77	49	31	4
Situación laboral										
Trabajadora por cuenta propia	169	4,1%	0	1	11	31	43	59	22	2
Trabajadora por cuenta ajena	2.140	51,7%	1	58	362	585	571	400	153	10
Pensionista	15	0,4%	0	0	1	6	3	5	0	0
Estudiante	548	13,2%	8	285	203	37	13	0	1	1
Parada o en busca de su 1er empleo	832	20,1%	1	52	203	240	192	100	37	7
Trabajo doméstico no remunerado	234	5,7%	0	8	31	64	63	43	25	0
Otros	50	1,2%	0	5	9	9	10	14	3	0
No consta	150	3,6%	0	7	31	31	39	28	13	1
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	37	0,9%	0	2	5	6	9	13	2	0
1º grado	617	14,9%	2	36	141	171	156	79	31	1
ESO y equivalentes	925	22,4%	7	171	214	217	167	103	44	2
Bachillerato y ciclos de FP	1.372	33,2%	0	158	267	332	299	218	88	10
Escuelas universitarias/Facultades	877	21,2%	0	31	177	198	210	182	73	6
No clasificables o no bien especificados	133	3,2%	0	1	18	41	42	26	5	0
No consta	177	4,3%	1	17	29	38	51	28	11	2
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.894	45,8%	10	372	586	465	297	132	30	2
Uno	1.076	26,0%	0	37	203	279	287	186	80	4
Dos	773	18,7%	0	6	50	182	226	207	94	8

.../...

Tres	277	6,7%	0	1	11	58	88	79	36	4
Cuatro	66	1,6%	0	0	0	14	18	26	5	3
Cinco o más	51	1,1%	0	0	1	5	18	19	8	0
Desconocido	1	0,0%	0	0	0	0	2	0	0	0
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2.949	71,3%	10	361	625	666	643	458	171	15
Uno	811	19,6%	0	44	171	237	194	116	46	3
Dos	271	6,5%	0	10	47	71	66	49	25	3
Tres o más	105	2,5%	0	1	8	29	30	25	12	0
Desconocido	2	0,0%	0	0	0	0	1	1	0	0
Semanas gestación										
8 ó menos	2.786	67,3%	5	257	577	702	631	437	162	15
9 a 12	1.015	24,5%	3	127	246	251	199	128	57	4
13 a 16	217	5,2%	1	22	18	34	60	51	29	2
17 a 20	68	1,6%	1	5	4	10	25	19	4	0
21 ó más	52	1,3%	0	5	6	6	19	14	2	0
Motivo interrupción										
A petición de la mujer	3.902	94,3%	9	405	838	971	852	581	227	19
Grave riesgo para la salud de la embarazada	53	1,4%	1	10	7	14	10	9	2	0
Riesgo de graves anomalías en el feto	134	3,3%	0	0	5	13	50	45	19	2
Anomalías incompatibles con la vida o enf. incurable	47	1,1%	0	1	1	5	22	12	6	0
Varios motivos	2	0,0%	0	0	0	0	0	2	0	0
Técnica intervención										
Dilatación y evacuación	93	2,2%	0	4	4	22	29	21	10	3
Dilatación y aspiración	2.423	58,6%	8	265	527	574	512	368	158	11
Mifepristona	1.589	38,4%	1	143	314	402	386	251	85	7
Prostaglandinas	1.576	38,1%	2	143	321	402	376	246	78	8
Otros/Nc	10	0,2%	0	1	0	1	2	5	1	0

Gráfico 1. Uso de métodos anticonceptivos en las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a una IVE en 2011



En más de la mitad de los casos la mujer tenía hijos (dos o más en el 28% de los casos) y aproximadamente tres de cada diez mujeres ya había recurrido a la IVE con anterioridad. El 31,6% 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 en 6 de cada 10 casos usan métodos barrera y en el caso de las extranjeras usan este método en el 47% de los casos y un 34,2% utilizan métodos hormonales.

Al igual que en años anteriores, en casi siete de cada diez casos la IVE se hizo en las primeras 8 semanas de gestación.

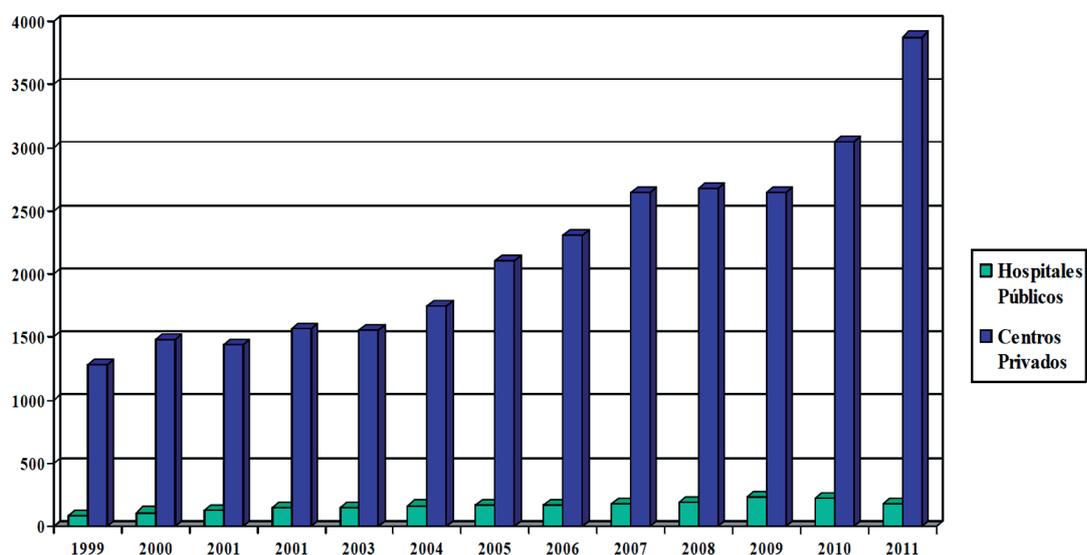
Como se puede observar en la **tabla 2**, el 94% de las intervenciones se realizó a petición de la mujer, el 3,3% por existir riesgo de graves anomalías fetales, el 1,4% por la existencia de grave riesgo para la salud de la embarazada y el 1,1% por enfermedad extremadamente grave o incurable en el feto o incompatible con la vida.

La técnica de intervención más utilizada fue la dilatación y aspiración en un 58,6%. La mifepristona (RU-486) fue utilizada en el 38,4% de las intervenciones (algo superior a años 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 hace una descripción de las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a una IVE en 2011 agrupadas por nacionalidad y según grupo de edad, donde se puede observar que las mujeres sudamericanas son las que mayor número suponen (953) 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 1999-2011



* 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. Número de IVE en mujeres residentes en el País Vasco según grupo de edad y nacionalidad. Año 2011

	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL	4138	10	416	851	1003	934	649	254	21
EUROPA	2591	4	287	562	540	554	445	182	17
España	2349	4	269	486	489	503	413	168	17
Resto Unión Europea	201	0	17	65	44	40	25	10	0
Resto Europa	41	0	1	11	7	11	7	4	0
ÁFRICA	271	1	15	63	83	75	27	6	1
África del Norte	101	0	6	22	28	27	13	5	0
África Subsahariana	170	1	9	41	55	48	14	1	1
Resto África	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMÉRICA	1199	5	113	212	357	284	163	62	3
América del Norte	11	0	0	1	6	0	3	1	0
América Central	235	0	20	43	80	51	32	9	0
América del Sur	953	5	93	168	271	233	128	52	3
Resto América	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASIA	71	0	1	13	19	20	14	4	0
OCEANÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO CONSTA	6	0	0	1	4	1	0	0	0

Del total de mujeres que se sometieron a una IVE en 2011, el 44,0% (1.820) 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 2011. La mayoría eran de Bolivia (19,6%), seguidas de las de Rumanía (9,1%), Colombia (8,4%) y Paraguay (8,1%).

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 presentan, llevan residiendo en España más de cinco años y en el caso de las rumanas y paraguayas parece que su llegada a España es más cercana en el tiempo no así en el caso de las colombianas o ecuatorianas que llegaron en su conjunto hace más años desde sus países de origen.

Tabla 4. Número de años desde que la mujer extranjera llegó a España. IVE Año 2011

	Nº DE AÑOS EN ESPAÑA												Desc	Total	%
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o +			
Total	45	135	124	166	251	266	175	121	122	84	90	163	78	1820	100
Bolivia	1	3	3	7	36	118	72	47	32	14	6	6	11	356	19,6
Rumania	8	14	10	16	21	26	14	16	14	10	5	5	7	166	9,1
Colombia	0	7	9	13	18	14	10	10	7	8	24	28	5	153	8,4
Paraguay	2	24	20	21	36	13	10	9	4	2	1	2	4	148	8,1
Ecuador	1	1	2	9	10	6	5	1	21	20	20	25	6	127	7,0
Marruecos	2	3	8	14	17	8	5	3	7	4	4	14	2	91	5,0
Nicaragua	7	26	10	5	25	8	5	0	1	1	1	0	1	90	4,9
Brasil	2	2	7	4	9	10	2	3	5	6	1	10	4	65	3,6
Nigeria	1	6	8	9	16	5	2	3	3	5	3	2	1	64	3,5
Perú	2	6	6	12	8	8	4	4	1	2	1	5	1	60	3,3
Cuba	2	1	2	6	5	5	3	1	3	3	2	13	6	52	2,9
República Dominicana	0	2	4	5	10	3	7	3	4	2	1	6	3	50	2,7
Honduras	3	11	5	5	3	4	5	0	0	0	1	0	5	42	2,3
China	0	1	0	5	3	3	6	5	0	2	1	13	1	40	2,2
Guinea Ecuatorial	0	1	0	2	4	5	4	0	2	2	4	7	1	32	1,8
Guinea	1	0	3	3	1	2	4	4	2	0	2	3	3	28	1,5
Venezuela	0	1	0	4	4	3	3	3	4	0	2	3	0	27	1,5
Argentina	2	1	1	4	1	1	3	1	4	2	1	2	2	25	1,4
Mongolia	0	5	3	2	1	4	1	0	0	0	0	1	2	19	1,0
Ucrania	1	2	2	0	2	1	0	1	0	0	4	0	1	14	0,8
Portugal	1	1	1	0	4	1	0	0	2	0	0	1	1	12	0,7
Argelia	0	0	2	2	1	3	1	0	0	0	2	0	1	12	0,7
Rusia	1	0	3	0	1	1	0	0	0	1	2	2	0	11	0,6
Camerún	0	0	1	1	3	1	3	0	0	0	1	0	0	10	0,5
Senegal	2	0	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	10	0,5
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 conviven en pareja en mayor proporción que las españolas, se encuentran en situación laboral activa con mayor frecuencia, aunque también hay más desempleadas

y menos estudiantes, así mismo tienen menor nivel de instrucción aunque tienen ingresos económicos propios en parecidas proporciones. 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.

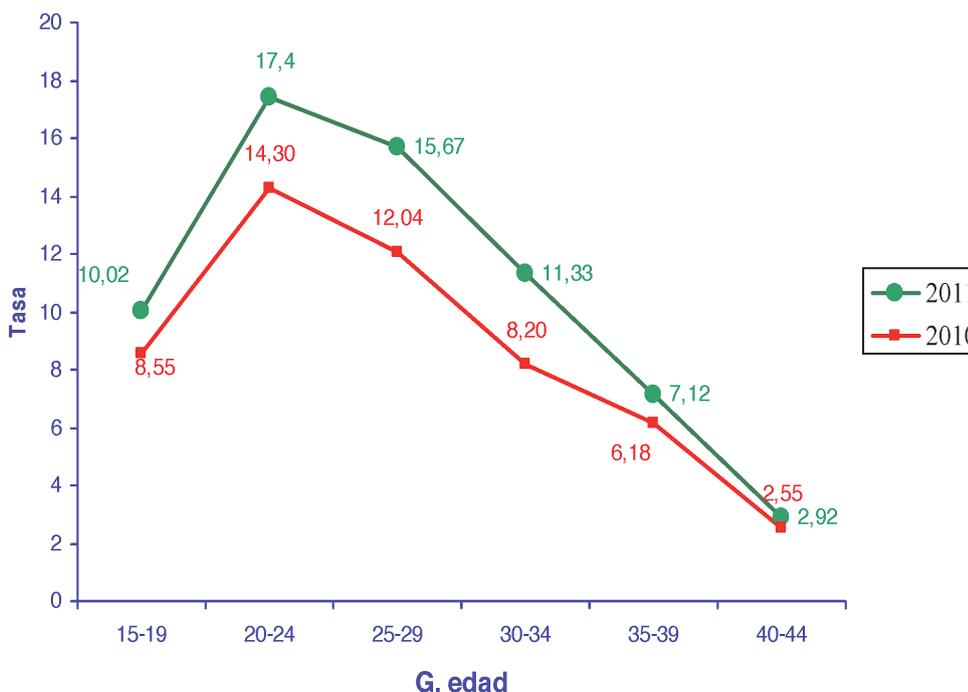
Tabla 5. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2011

	País de nacimiento		País de nacimiento	
	España	Extranjero	España	Extranjero
Total %	56,0%	44,0%	%	%
Edad media	28,9	28,4	Nº IVEs anteriores	
	%	%	Ninguno	78,8
Convivencia			Uno	15,4
Sola	12,3	14,0	Dos ó más	5,7
En pareja	41,5	48,0	Desconocido	0,1
Con padres/familiares	35,4	19,5	Método anticonceptivo	
Otras personas	4,5	12,5	Si	68,5
No consta	6,3	6,1	Naturales	13,5
Situación laboral			Barrera	56,5
Trabajadora por cuenta propia	5,5	2,3	Mecánicos	2,1
Trabajadora por cuenta ajena	49,9	54,0	Hormonales	17,5
Pensionista	0,5	0,2	Otros	2,6
Estudiante	16,9	8,6	No consta	7,5
Parada o en busca de su primer empleo	17,7	23,1	No	25,7
Trabajo doméstico no remunerado	4,4	7,3	No consta	5,8
Otras	1,1	1,4	Semanas gestación	
No consta	4,0	3,1	8 ó menos	65,0
Nivel de instrucción			9 a 12	23,8
Analfabeta / Sin estudios	0,4	1,6	13 a 16	7,0
Primer grado	8,0	23,7	17 a 20	2,2
ESO y equivalentes	19,0	26,7	21 ó más	1,9
Bachillerato y ciclos de FP equivalentes	36,6	28,8	Motivo interrupción	
Escuelas universitarias/Facultades	31,6	8,0	A petición de la mujer	91,4
No clasific por grados y no bien especif	0,3	7,0	Grave riesgo salud de la embarazada	1,3
No consta	4,2	4,3	Riesgo de graves anomalías en el feto	5,4
Ingresos económicos propios			Anomalís incompatibles con la vida	1,8
Si	57,9	58,3	Varios motivos	0,1
No	40,8	41,5	Técnica intervención*	
Procedencia ingresos			Dilatación y evacuación	2,8
Parereja	25,8	41,8	Dilatación y aspiración	57,6
Familiares	44,3	23,1	Mifepristona	38,6
Otros ingresos	11,2	21,2	Prostaglandinas	37,7
No consta	18,8	14,0	Otros/Nc	0,4
Desconocido	1,3	0,2		
Nº de hijos vivos			*Se puede utilizar más de una técnica por lo que el porcentaje no suma el 100%	
Ninguno	57,0	31,5		
Uno	22,2	30,9		
Dos	15,6	22,6		
Tres o más	5,2	15,1		
Desconocido	0	0,0		

Las mayores diferencias 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. Cuatro de cada diez 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 25,7%. 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.

En el **Gráfico 3** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad. Se observa un incremento de la tasa de IVE en todos los grupos de edad respecto al año 2010. La tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 17,4 por 1000 mujeres.

Gráfico 3. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2010 y 2011



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 (79,9%) 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 (70,9% de los casos) seguida a distancia del "Síndrome de Edwards" (12,7%).

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 2011 la tasa de IVE 9,90 por 1.000 mujeres, la tasa más alta desde el inicio del registro.

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 2011

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
II	(140-239)	Neoplasias	3	1,6
III	(240-279)	Enf. Endocrinas y trastornos de la inmunidad	2	1,1
VI	(320-326)	Enfermedades del sistema nervioso	2	1,1
VII	(390-459)	Enfermedades del aparato circulatorio	1	0,5
XI	(634-639)	Complic. de la gestación parto y puerperio	1	0,5
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	151	79,9
	(740-742)	<i>Malf. congénitas del sistema nervioso</i>	28	
	(745-747)	<i>Malf. congénitas del aparato circulatorio</i>	11	
	748	<i>Malf. congénitas del sist. Respiratorio</i>	1	
	753	<i>Malf. congénitas del sistema urinario</i>	7	
	(754-756)	<i>Malf. congénitas del sist osteomuscular</i>	11	
	758	<i>Anomalías cromosómicas</i>	79	
	(757-759)	<i>Otras malformaciones congénitas</i>	14	
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	22	11,6
	761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	16	
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	7	3,7
Total			189	100,0

Los 189 diagnósticos corresponden a 183 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 2011

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	56	70,9
(758.2) Síndrome de Edwards	10	12,7
(758.1) Síndrome de Patau	4	5,1
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no esp.	2	2,5
(758.7) Síndrome de Klinefelter	2	2,5
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	2	2,5
(758.3) Síndrome por delección autosómica	1	1,3
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	1	1,3
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	1	1,3
Total	79	100,0

Tabla 8. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2011.

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

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

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1997, se presenta en el **Gráfico 4**. En el año 2011 se ha registrado un incremento de esta tasa en todos los grupos de edad.

El **Gráfico 5** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1997-2011, observándose en el último un aumento en los tres Territorios siendo más acusado en Álava.

El **Gráfico 6** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España en el periodo 1997-2011. 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 ascenso, tanto en la CAPV como en España, siendo algo menor en esta última.

Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1997-2011.

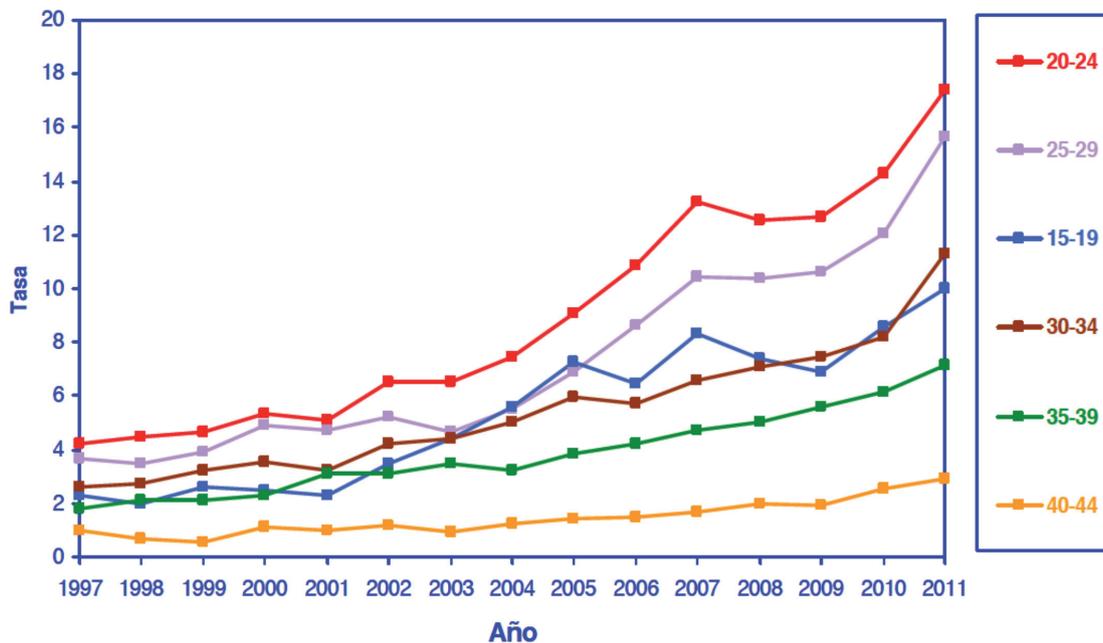
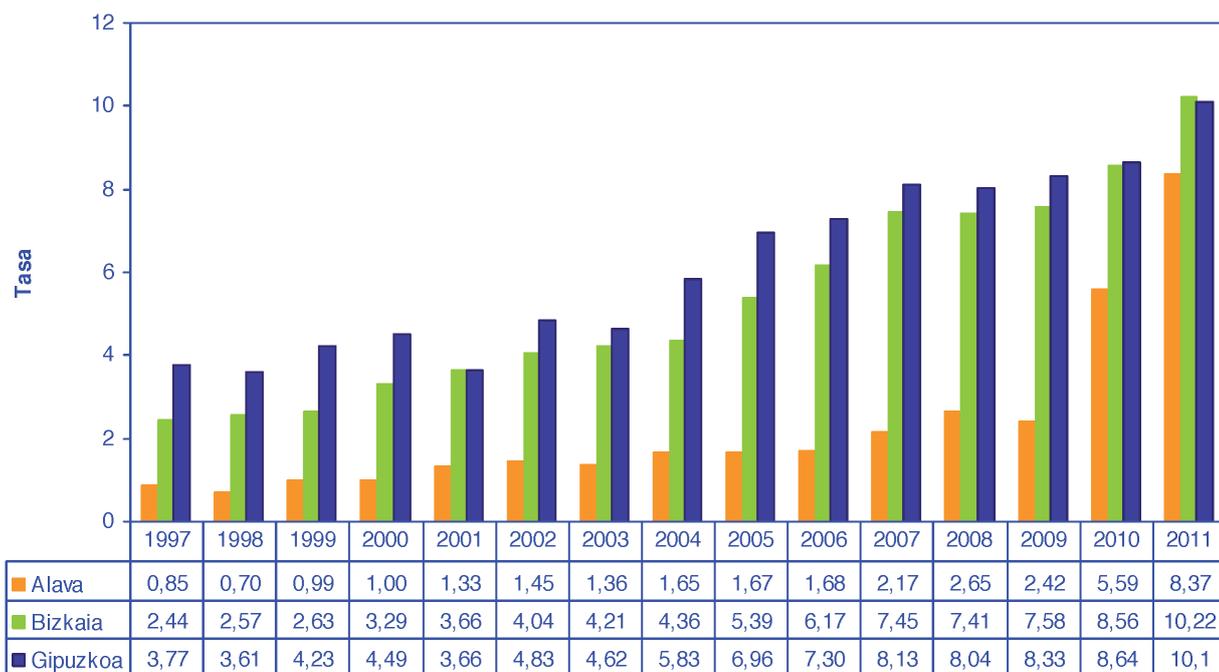


Gráfico 5. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1997-2011



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 2011.

Gráfico 6. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1997-2011

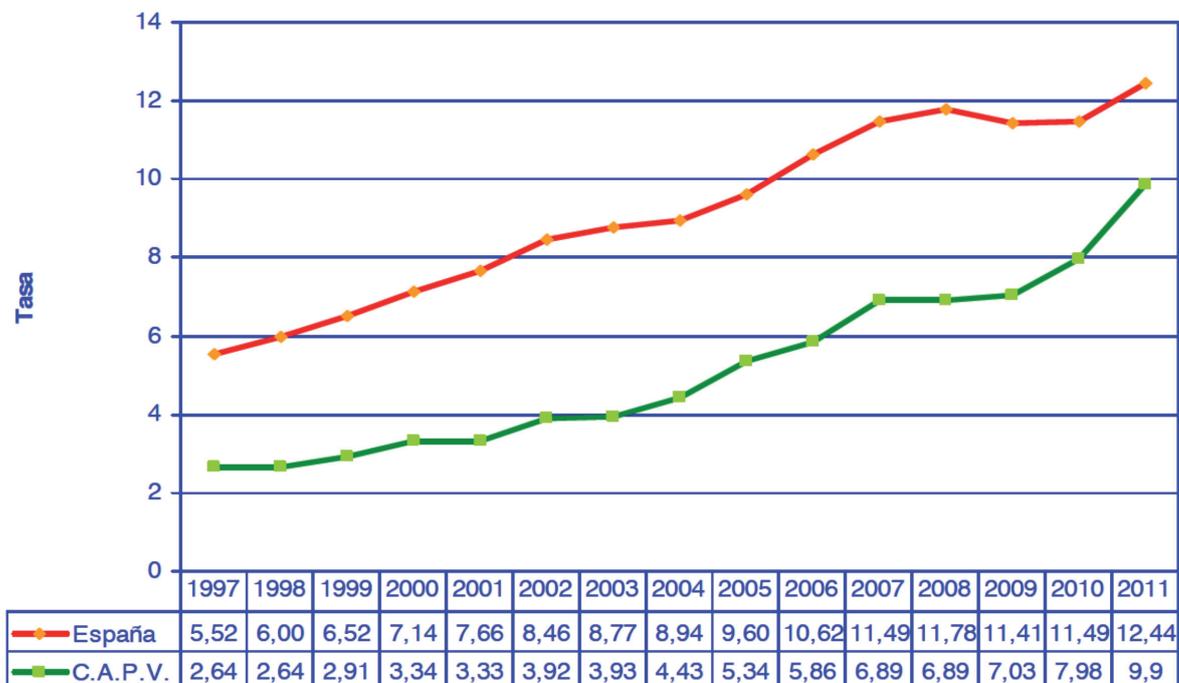
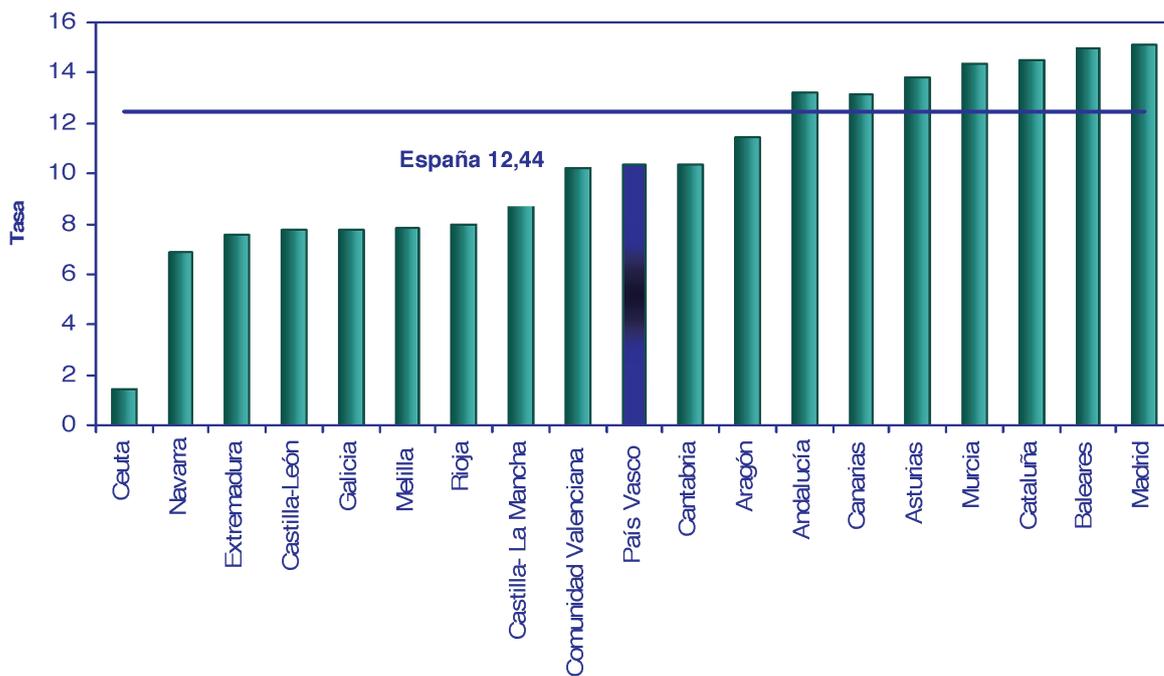


Gráfico 7. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2011







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 4,4% del total de las IVEs realizadas en esta Comunidad.

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. En este último año el 20,1% de las mujeres se encontraban en paro frente a un 16% el año anterior.

En 2011 se ha comenzado a recoger la información sobre utilización de métodos anticonceptivos encontrándose diferencias de uso 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 (96,1%) 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, en un 2,7% grave riesgo para vida o la salud de la embarazada y un 1,1% por los dos motivos anteriores. 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 causa de la IVE, cuando estaba relacionada con la salud fetal, ha sido en casi ocho de cada 10 casos la existencia de anomalías congénitas, porcentaje similar en años anteriores. 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 2006 y 2010 y para todos los países participantes en el registro, el 13,9 de las anomalías congénitas registradas, 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 (en 2010 un 5% del total de IVEs).

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 tanto en 2010 como en 2011. Otro hecho que se observa es el aumento del porcentaje de mujeres extranjeras con respecto a 2009, pasando del 37,7% al 44,0% en 2011, 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.

Las diferencias más importantes entre las mujeres extranjeras y las españolas se encuentran en los antecedentes obstétricos, ya que las primeras en su mayoría, han tenido hijos y han recurrido a la IVE anteriormente en mayor proporción.

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 2010*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 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 2009*.
- Dirección del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2010*.
- 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 20/12/2012)



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 2011

ALAVA

Hospital Universitario de Alava
Clínica Dr. Echevarría

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

Anexos

ANEXO 2. Población de mujeres por grupos de edad según Territorio Histórico de residencia. CAPV 2011

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
15-19	6.200	21.900	13.400
20-24	7.600	26.500	14.800
25-29	10.200	35.000	18.800
30-34	12.800	44.000	25.200
35-39	13.900	48.700	28.500
40-44	13.100	46.900	27.000
Total	63.800	223.400	127.700

Fuente: EUSTAT a 19/12/2012

