

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2013

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Interrupciones Voluntarias del embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO **2013**

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, 2015

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red **Bibliotekak** del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición:

1ª, abril 2015

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:

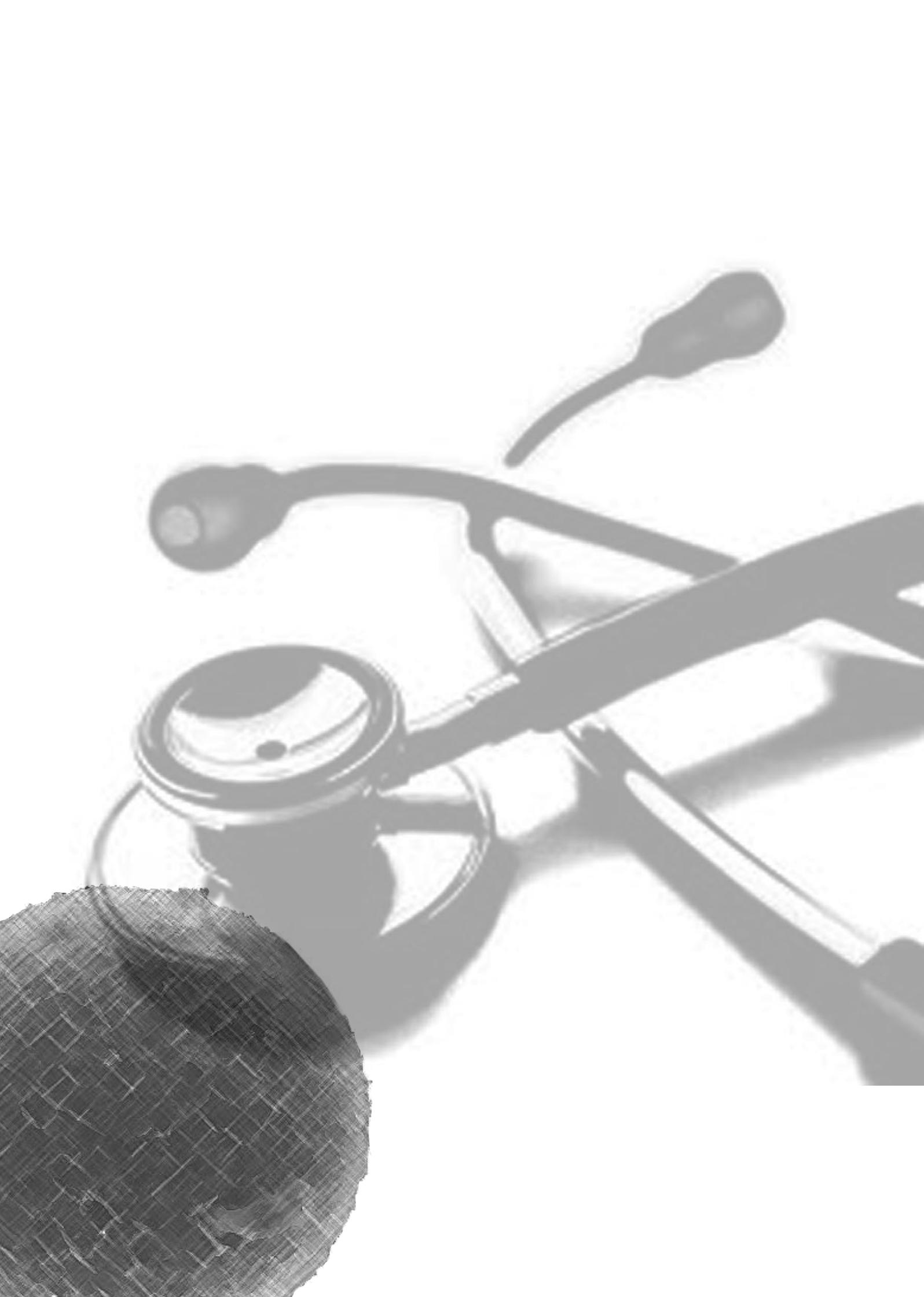
Servicio de Imprenta y Reprografía del Gobierno Vasco

D.L.:

VI 116-2015

Índice

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



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 fundamentales 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 2013 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 2013.

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 2013 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 2013, un centro privado del País Vasco acreditado para realización de la IVE, cesó su actividad y comenzaron a realizar interrupciones el hospital de Galdakao-Usansolo y un nuevo centro privado.

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 nacimiento, el año de llegada a España y la nacionalidad de la mujer que se ha sometido a la IVE. En el presente informe se utiliza principalmente el país de nacimiento para analizar la información excepto en la tabla 3, en la que se hace un análisis por grupos de nacionalidad.

Tras la aprobación de la Ley 2/2010 de 3 de marzo se modificaron 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 Igualdad² así como con publicaciones del Departamento de Sanidad y Consumo^{3,4}. Para el cálculo de las tasas se han utilizado las proyecciones de población 2026 difundidas por EUSTAT/Instituto Vasco de Estadística y disponibles en www.eustat.es (febrero 2014)

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

²Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013. 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 2011.

⁴Dirección 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 2012.

Las tasas de España y de otras comunidades se han obtenido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.²

3 Resultados

El número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2013 fue de 4.348. Como se observa en la **Tabla 1** el número de intervenciones realizadas en centros del País Vasco a mujeres residentes en otras CCAA fue de 452, este número ha disminuido respecto al año 2012. La mayoría de estas mujeres que han venido a realizar la IVE a la CAPV residen en Comunidades limítrofes como Cantabria (84%) Navarra (7%), y La Rioja (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 3.895 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 2013

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
2013	3.818	452	3.818	77
TOTAL	4.270		3.895	

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

Los centros acreditados en la CAPV que notificaron IVEs fueron 8 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 2013 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 30 a 34 años seguido del grupo de edad de 25 a 29, 435 (11,2%) eran menores de 20 años.

En lo que respecta a la convivencia, cerca del 41% de las mujeres convivía en pareja y el 30,4% convivía con los padres. En cuanto a la situación laboral, en el 49,3% de los casos se encontraba en situación laboral activa, el 24% se encontraban en paro y casi el 15% eran estudiantes.

Respecto al nivel de instrucción vemos como el 53,2% de las mujeres tenía o estaba cursando bachillerato o ciclos de formación profesional o superiores. El 22,4% 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 2013

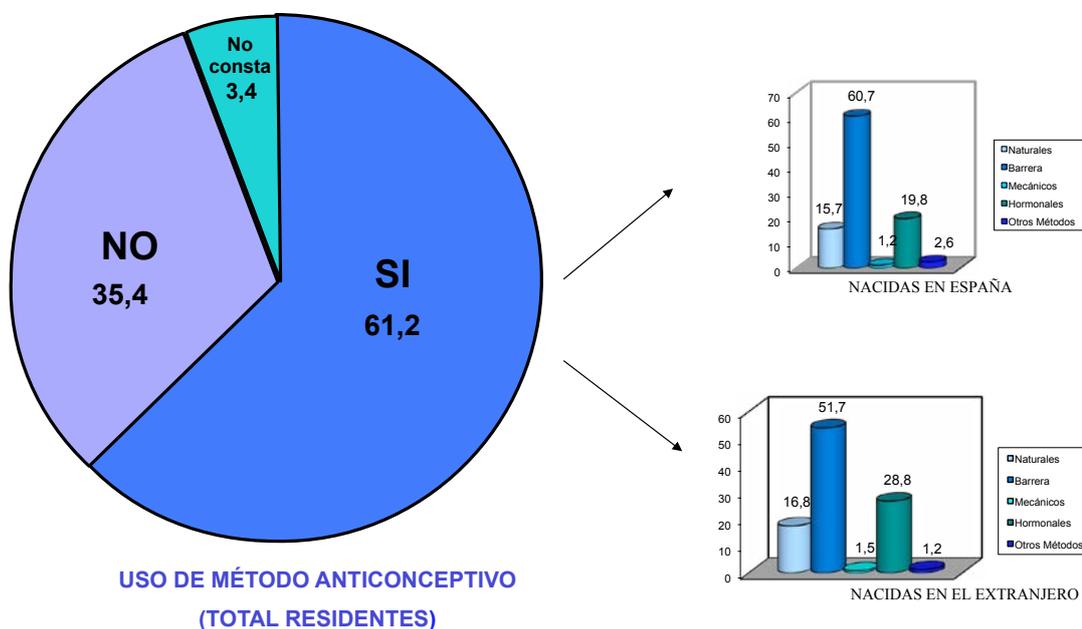
	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	3.895	100,0	13	422	740	852	890	723	233	22
%			0,30	10,80	19,00	21,90	22,80	18,60	6,00	0,60
Convivencia en pareja										
Sola	652	16,7	0	18	76	154	193	153	55	3
En pareja	1.592	40,9	1	26	175	338	474	428	139	11
Con padres/familiares	1.186	30,4	12	362	431	233	92	44	11	1
Otras personas	262	6,7	0	10	39	89	81	34	8	1
No consta	203	5,2	0	6	19	38	50	64	20	6
Situación laboral										
Trabajadora por cuenta propia	116	3,0	0	1	7	16	39	39	14	0
Trabajadora por cuenta ajena	1805	46,3	0	32	232	422	521	450	137	11
Pensionista	6	0,2	0	1	2	2	1	0	0	0
Estudiante	581	14,9	12	309	212	36	6	5	1	0
Parada o en busca de su 1er empleo	930	23,9	0	57	220	266	197	136	47	7
Trabajo doméstico no remunerado	247	6,3	1	12	38	69	62	49	15	1
Otros	53	1,4	0	1	7	12	18	11	4	0
No consta	157	4,0	0	9	22	29	46	33	15	3
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	61	1,6	0	4	8	17	20	10	2	0
1ª grado	589	15,1	1	32	86	153	164	119	31	3
ESO y equivalentes	947	24,3	12	175	232	197	174	116	39	2
Bachillerato y ciclos de FP	1201	30,8	0	172	217	262	245	233	64	8
Escuelas universitarias/Facultades	872	22,4	0	26	162	167	232	195	84	6
No clasificables o no bien especificados	99	2,5	0	1	16	33	26	17	5	1
No consta	126	3,2	0	12	19	23	29	33	8	2
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.776	45,6	13	377	503	389	289	154	47	4
Uno	1.013	26,0	0	38	175	265	261	220	50	4
Dos	735	18,9	0	5	50	141	220	225	85	9

.../...

Tres	251	6,4	0	1	9	44	82	80	32	3
Cuatro	77	2,0	0	1	2	10	24	29	11	0
Cinco o más	43	1,1	0	0	1	3	14	15	8	2
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2665	68,4	13	358	524	545	570	482	153	20
Uno	815	20,9	0	54	153	200	200	150	57	1
Dos	285	7,3	0	8	51	74	77	60	15	0
Tres	74	1,9	0	1	9	18	28	12	5	1
Cuatro	30	0,8	0	1	2	9	8	8	2	0
Cinco o más	26	0,6	0	0	1	6	7	11	1	0
Semanas gestación										
6 ó menos	1332	34,2	2	131	262	310	306	234	76	11
7 a 9	1762	45,2	8	205	357	404	386	305	92	5
10 a 14	597	15,3	2	70	105	111	133	124	50	2
15 a 22	201	5,2	1	16	16	26	64	59	15	4
23 o más	3	0,1	0	0	0	1	1	1	0	0
Motivo interrupción										
A petición de la mujer	3605	92,6	12	406	717	819	806	620	207	18
Grave riesgo para la salud de la embarazada	73	1,9	1	15	15	15	15	11	1	0
Riesgo de graves anomalías en el feto	172	4,4	0	1	7	14	53	72	22	3
Anomalías incompatibles con la vida o enf incurable	45	1,2	0	0	1	4	16	20	3	1
Técnica intervención*										
Dilatación y evacuación	85	2,2	0	7	9	19	21	22	6	1
Dilatación y aspiración	2.301	59,1	11	272	449	479	506	431	142	11
Mifepristona	1.473	37,8	1	134	275	352	352	260	89	10
Prostaglandinas	1.461	37,5	2	138	274	342	349	267	81	8
Otros/Nc	34	0,9	0	1	2	4	10	14	3	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 2013



En más de la mitad de los casos la mujer tenía hijos (dos o más en el 28,4% de los casos) y casi tres de cada diez mujeres ya había recurrido a la IVE con anterioridad.

En el 94,7% de los casos la IVE se realizó con 14 o menos semanas de gestación y de ellas en el 34,2% de los casos con 6 o menos semanas.

En la **tabla 2** se observa cómo el 92,6% de las intervenciones se realizó a petición de la mujer, el 4,4% por existir riesgo de graves anomalías fetales, el 1,9% por la existencia de grave riesgo para la salud de la embarazada y el 1,2% por enfermedad extremadamente grave o incurable en el feto o incompatible con la vida.

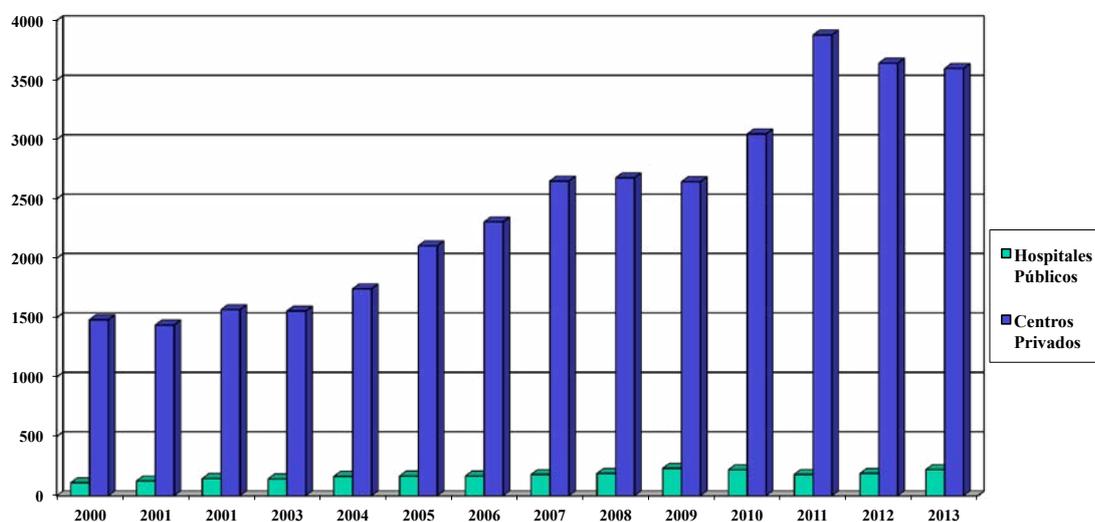
La técnica de intervención más utilizada fue la dilatación y aspiración en un 59,1%. La mifepristona (RU-486) fue utilizada en el 37,8% de las intervenciones (estos porcentajes son similares a años anteriores).

El 35,4% 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 60,7% de los casos los métodos barrera y en el caso de las nacidas en el extranjero usan este método en el 51,7% de los casos y un 28,8% utilizan métodos hormonales.

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 2013 agrupadas por grupos de 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 (881) dentro del grupo de mujeres de nacionalidad extranjera.

Gráfico 2. N.º de IVES realizadas a mujeres residentes en la CAPV* en hospitales de OSARIDETZA y centros privados del País Vasco. CAPV 2000-2013



* 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. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en el País Vasco, según grupo de nacionalidad de la mujer por grupos de edad. CAPV 2013

	TOTAL	Edad							
		<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.	3.895	13	422	740	852	890	723	233	22
EUROPA	2.400	11	278	490	454	497	481	171	18
España	2.187	9	258	452	387	458	447	160	16
Resto Unión Europea	182	2	20	37	57	31	24	9	2
Resto Europa	31	0	0	1	10	8	10	2	0
ÁFRICA	309	0	19	50	98	86	44	11	1
África del Norte	125	0	7	22	27	39	24	6	0
África Subsahariana	184	0	12	28	71	47	20	5	1
Resto África	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMÉRICA	1.107	2	119	191	279	284	182	47	3
América del Norte	4	0	0	0	1	1	2	0	0
América Central y Caribe	222	0	12	43	69	57	30	11	0
América del Sur	881	2	107	148	209	226	150	36	3
Resto América	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASIA	79	0	6	9	21	23	16	4	0

Del total de mujeres que se sometieron a una IVE en 2013, el 44,1% (1.716) 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 2013. La mayoría eran de Bolivia (17,7%), seguidas de las de Rumanía y Paraguay en la misma proporción.

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

Tabla 4. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en el País Vasco, según país de nacimiento por nº de años desde que llegó a España. CAPV 2013

	Nº DE AÑOS EN ESPAÑA						Desc.	Total	%
	0-2	3-5	6-8	9-11	13-15	Más de 15			
Total	156	420	541	269	205	79	46	1716	100
Bolivia	4	12	194	74	12	5	2	303	17,7
Rumania	13	42	55	23	8	7	3	151	8,8
Paraguay	21	76	43	6	2	2	1	151	8,8
Colombia	4	15	29	14	60	15	2	139	8,1
Marruecos	7	37	34	13	14	8	1	114	6,6
Ecuador	3	21	16	32	33	2	3	110	6,4
Nicaragua	27	37	29	3	0	0	1	97	5,7
Nigeria	9	19	17	17	6	0	3	71	4,1
Perú	8	22	17	7	4	1	0	59	3,4
Brasil	0	10	15	16	9	3	3	56	3,3
República Domini- cana	2	14	12	7	7	1	5	48	2,8
China	1	16	11	10	5	4	1	48	2,8
Honduras	13	18	6	0	0	0	1	38	2,2
Cuba	4	4	12	3	3	9	2	37	2,2
Guinea	0	6	9	3	4	2	2	26	1,5
Argentina	5	3	3	9	1	0	4	25	1,5
Venezuela	3	7	4	5	2	1	0	22	1,3
Guinea Ecuatorial	1	3	2	2	3	5	1	17	1,0
Ghana	6	5	1	2	1	0	0	15	0,9
Chile	1	0	5	4	4	0	0	14	0,8
Portugal	0	3	2	0	2	5	1	13	0,8
Argelia	0	4	3	2	0	2	0	11	0,6
Senegal	1	5	4	0	0	0	1	11	0,6
Camerún	1	4	2	2	1	0	0	10	0,6
Pakistán	3	5	1	0	0	0	1	10	0,6
Otros países	19	32	15	15	24	7	8	120	7,0

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 con otras personas (diferentes a pareja o familia) o bien solas, 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 y más de la mitad de ellas no tienen ingresos económicos propios (porcentaje algo menor en las mujeres nacidas en España).

Tabla 5. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2013

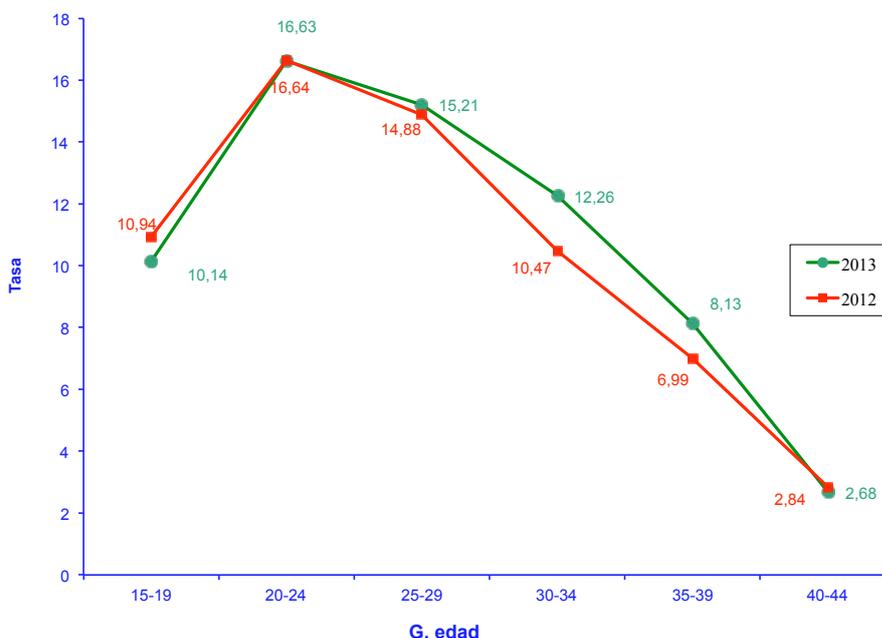
	País de nacimiento		País de nacimiento	
	España	Extranjero	España	Extranjero
Total %	55,9%	44,1%	%	%
Edad media	29,0	28,9	Nº IVEs anteriores	
	%	%	Ninguno	75,5
Convivencia			Uno	17,4
Sola	13,8	20,5	Dos ó más	7,1
En pareja	41,6	40,0	Desconocido	0,0
Con padres/familiares	35,5	24,1	Método anticonceptivo	
Otras personas	4	10,3	Si	66,8
No consta	5,2	5,2	Naturales	15,7
Situación laboral			Barrera	60,7
Trabajadora por cuenta propia	3,8	1,4	Mecánicos	1,2
Trabajadora por cuenta ajena	47,6	48,1	Hormonales	19,8
Pensionista	0,1	0	Otros	2,6
Estudiante	18,9	11,4	No consta	0
Parada o en busca de su primer empleo	20,2	28,9	No	29,0
Trabajo doméstico no remunerado	4,5	5,0	No consta	4,2
Otras	1,0	1,2	Semanas gestación	
No consta	4,0	4,1	6 ó menos	34,7
Nivel de instrucción			7 a 9	42,0
Analfabeta / Sin estudios	0,3	3,2	10 a 14	15,9
Primer grado	6,8	25,7	15 a 22	7,3
ESO y equivalentes	23,5	25,3	23 ó más	0,1
Bachillerato y ciclos de FP equivalentes	32,5	28,8	Motivo interrupción	
Escuelas universitarias/Facultades	32,7	9,3	A petición de la mujer	89,0
No clasific. por grados y no bien especific.	0,5	5,2	Grave riesgo salud de la embarazada	2,1
No consta	3,8	2,6	Riesgo de graves anomalías en el feto	7,1
Ingresos económicos propios			Anomalías incompatibles con la vida	1,8
Si	52,3	47,6	Varios motivos	0,0
No	45,6	52,2	Lugar dónde se informa sobre la posibilidad de IVE	
Procedencia ingresos	19,4	28,4	Centro sanitario público	78,6
Parereja	48,3	32,6	Centro sanitario privado	8,8
Familiares	17,1	27,7	Telefonos de información al usuario	0,0
Otros ingresos	15,2	11,3	Amigos / familiares	2,9
No consta	2,1	0,2	Medios de comunicación	0,0
Desconocido	1,3	0,2	Internet	4,5
Nº de hijos vivos			No consta	5,3
Ninguno	57,9	30,0		7,2
Uno	21,5	31,8		
Dos	15,9	22,7		
Tres o más	4,8	15,6		
Desconocido	0	0,0		

Aunque las mayores diferencias, al igual que en años anteriores, las encontramos en los antecedentes obstétricos de las mujeres. Como se puede observar las nacidas en el extranjero en su mayoría ya han tenido hijos y también han tenido otras IVEs anteriormente en mayor proporción que las mujeres nacidas en España. También hay diferencias en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos. Casi la mitad de las mujeres nacidas en el extranjero no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo. Este porcentaje es algo menor en el caso de las nacidas en España que no utilizan métodos anticonceptivos en el 29%. Las nacidas en el extranjero 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 97% de las IVEs de las nacidas en el extranjero 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.

El **Gráfico 3** presenta las tasas de abortividad por grupos de edad. Se observa un disminución de la tasa de IVE en el grupo de edad de las más jóvenes. La tasa más alta, al igual que en 2012, 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 2012 y 2013



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 (83,3%) 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, siendo el “Síndrome de Down” la más frecuente (65,3% de los casos) seguida a distancia del “Síndrome de Edwards” (17,4%).

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 2013

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
II	(140-239)	Neoplasias	3	1,4
III	(240-279)	Enf. Endocrinas y trastornos de la inmunidad	2	0,9
VI	(320-326)	Enfermedades del sistema nervioso	2	0,9
XIII	(710-739)	Enf. Sist. Osteomuscular	4	1,8
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	184	83,3
	(740-742)	<i>Malf. congénitas del sistema nervioso</i>	46	
	(745-747)	<i>Malf. congénitas del aparato circulatorio</i>	20	
	749	<i>Fisura del paladar y labio leporino</i>	1	
	753	<i>Malf. congénitas del sistema urinario</i>	3	
	(754-756)	<i>Malf. congénitas del sist osteomuscular</i>	7	
	(757-759)	<i>Otras malformaciones congénitas</i>	9	
	758	<i>Anomalías cromosómicas</i>	98	
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	26	11,8
	761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	15	
Total			221*	100,0

*Los 221 diagnósticos corresponden a 217 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 2013

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	64	65,31
(758.2) Síndrome de Edwards	17	17,35
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	6	6,12
(758.1) Síndrome de Patau	5	5,10
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	2	2,04
(758.39) Otras deleciones autosómicas	1	1,02
(758.7) Síndrome de Klinefelter	1	1,02
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	1	1,02
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no especificadas	1	1,02
Total	98	100,0

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 dejó de aumentar desde el inicio del registro hasta 2012, el primer año en el que la tasa disminuyó, volviendo a aumentar ligeramente en 2013.

Tabla 8. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2013.

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
2013	3.895	9,89

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

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1998, se presenta en el **Gráfico 4**. En el año 2013 se ha registrado una disminución de esta tasa en el grupo 15-19 años y un aumento en los grupos intermedios de edad.

El **Gráfico 5** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1998-2013, observándose en el último año una disminución de la tasa en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Tanto en Bizkaia como en Alava la tasa ha aumentado.

Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV, según grupo de edad. CAPV 1998-2013

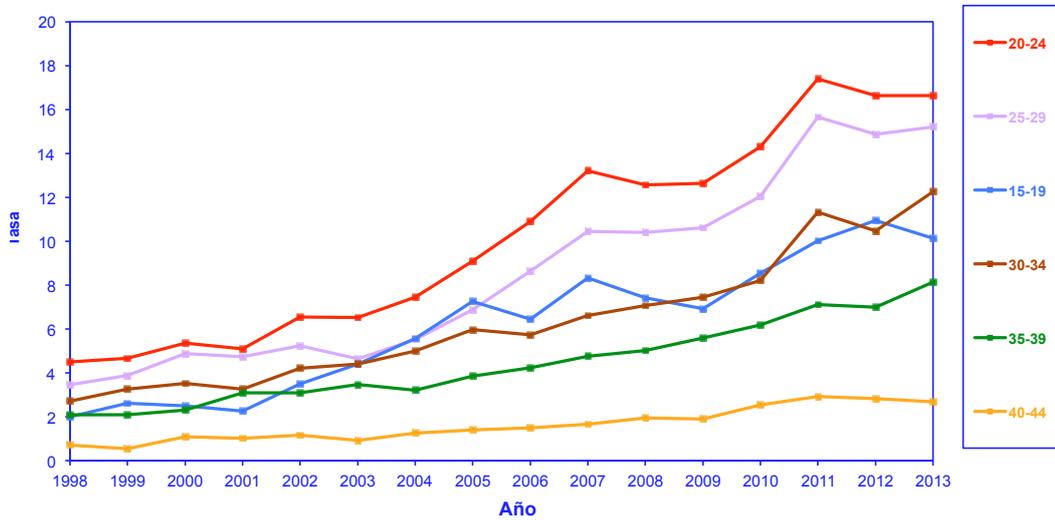
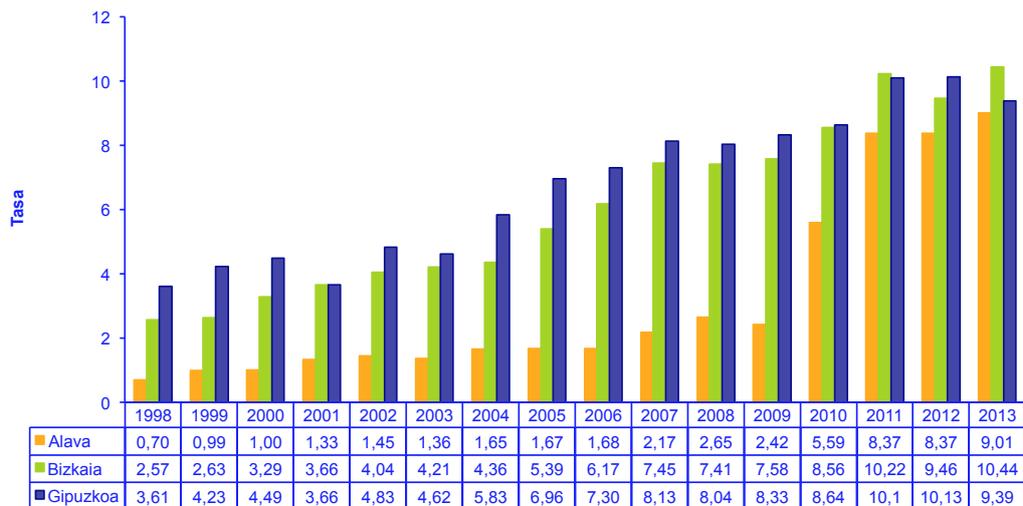


Gráfico 5. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV, según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1998-2013



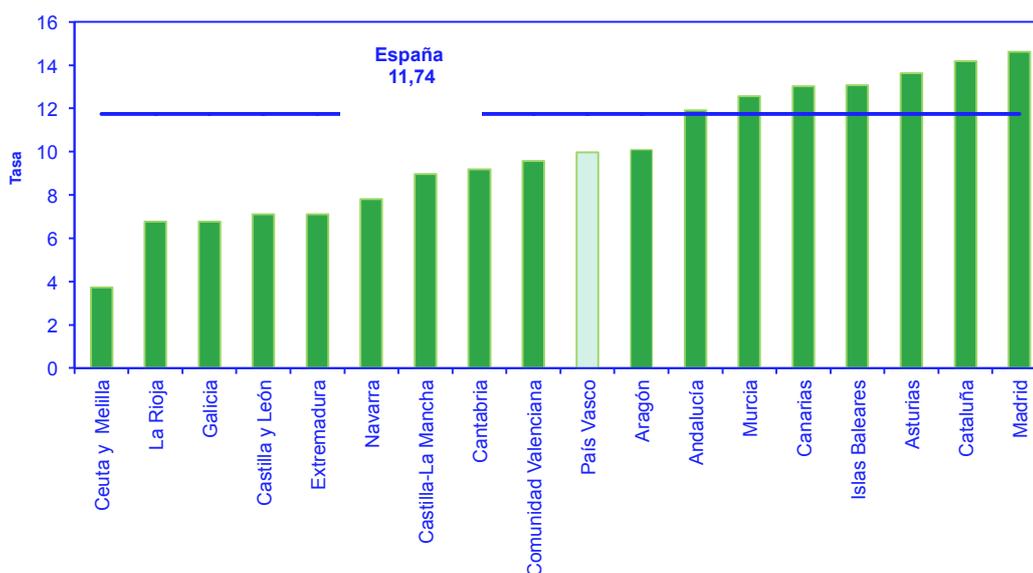
El **Gráfico 6** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España en el periodo 1998-2013. La evolución de todo el periodo es paralela, presentando la CAPV tasas más bajas en todos los años. En el último año se observa un ligero descenso en la tasa de España.

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**. Ocho comunidades superan la media siendo la Comunidad de Madrid la que presenta la tasa más alta de IVE en 2013.

Gráfico 6. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1998- 2013



Gráfico 7. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2013







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 5,7% 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 49,3% en 2013. En este último año, al igual que el año anterior el 24% de las mujeres se encontraba en paro.

Al igual que en 2012 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 inmigrantes.

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.

Según datos proporcionados a Eurocat⁹ (European Surveillance of Congenital Anomalies) entre los años 2008 y 2012 y para todos los países participantes en el registro, el 17,2 de las anomalías congénitas registradas, fueron diagnosticadas prenatalmente terminando en una IVE.

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.

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

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 nacidas en el extranjero desde 2009, pasando del 37,7% a alrededor del 44% en los tres últimos años, 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 nacimiento, 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.

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 2013**. 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 2011**.
- 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 2012**.
- 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 06/01/2015)



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 2013

ALAVA

Hospital Universitario de Alava
Clínica Dr. Echevarría
Clínica Florida 6

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
Hospital de Galdakao-Usansolo
Clínica Euskalduna
Módulo Psicosocial Rekaldeberri
Clínica Ginecológica Carlton

Anexos

ANEXO 2. Población de mujeres por grupos de edad según Territorio Histórico de residencia. CAPV 2013

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
15-19	6.200	21.200	14.200
20-24	6.600	23.200	14.700
25-29	8.800	29.800	17.400
30-34	11.400	38.400	22.800
35-39	13.500	47.000	28.400
40-44	13.000	46.000	27.700
Total	59.500	205.600	125.200

Fuente: Proyecciones de población 2026 difundidas por EUSTAT/Instituto Vasco de estadística y disponibles en <http://www.eurocat-network.eu/AccessPrevalenceData/PrevalenceTables>

