

Interrupciones **VOLUNTARIAS del embarazo**

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2010

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Interrupciones Voluntarias del embarazo

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO **2010**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

**OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA**

Kalitate, Ikerketa eta Berrikuntzako
Saiburuordetza
*Ezagutzaren Gestioiko eta Ebaluazioko
Zuzendaritza*

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO**

Viceconsejería de Calidad, Investigación
e Innovación Sanitaria
*Dirección de Gestión del Conocimiento y
Evaluación*

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2012

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

Edición:

1.ª, marzo 2012

Tirada:

50 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

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 Gestión del Conocimiento y Evaluación
Departamento de Sanidad y Consumo

Diseño y maquetación:

EkipoPO

Impresión:

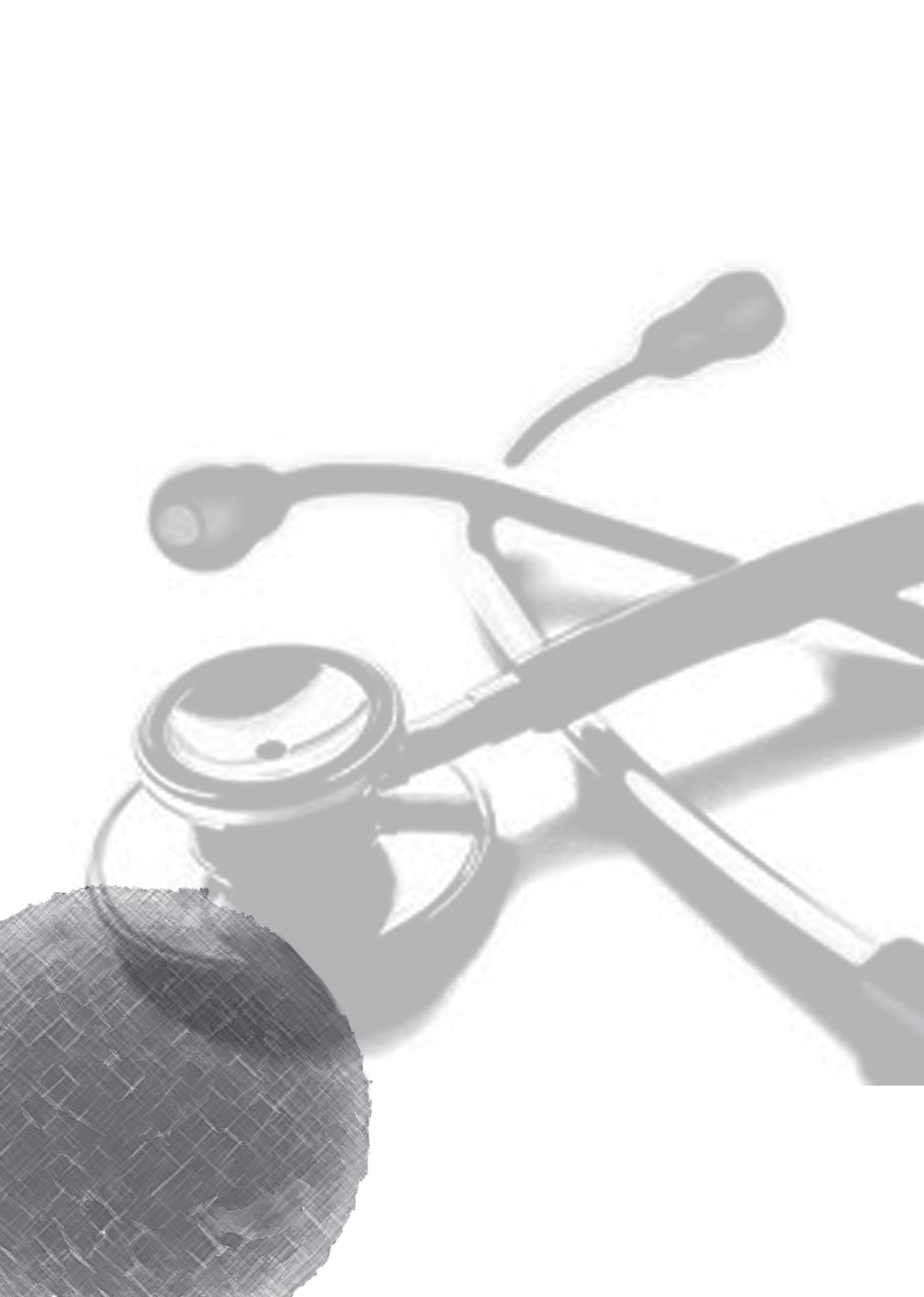
Servicio de Imprenta y Reprografía del Gobierno Vasco

D.L.:

VI 159-2012

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 Sanidad y Consumo 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 2010 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 2010.

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 2010 al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, ubicado en el Departamento de Sanidad y Consumo.

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, Servicios Sociales e Igualdad. Anualmente y una vez realizada la depuración definitiva de los datos, se envía el fichero de las Interrupciones realizadas en nuestra Comunidad al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el cual posteriormente, envía 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 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).⁵

A partir de 2007, se incluyó entre las variables 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. En 2009 y 2010 se tienen en cuenta la totalidad de los centros.

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.

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 2008*.

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 2009*.

Para el cálculo de las tasas se han utilizado las proyecciones de población 2020 difundidas por EUSTAT/ Instituto Vasco de Estadística. (Última modificación 30 de junio de 2011.) y disponibles en www.eustat.es (noviembre 2011).

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

3 Resultados

El número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2010 fue de 4.069 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 681, el mayor número de residentes en otras CCAA registrado hasta el momento, siendo la mayoría de Comunidades limítrofes como Navarra (75, 9%), La Rioja (11,0%) y Cantabria (6,5%). 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 3.388 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 2010.

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
2010	3.266	681	3.266	122
TOTAL		3.947		3.388

*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 2010 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 20 a 24, 373 (11%) eran menores de 20 años.

No hay diferencias en lo que respecta a la convivencia en pareja. En cuanto a la situación laboral, en el 60% de los casos se encontraba en situación laboral activa, el 16% se encontraban en paro y cerca del 14% eran estudiantes. Si observamos el nivel de instrucción vemos como la mitad de ellas (60%) tenía o estaba cursando estudios de segundo grado/2º ciclo 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 2010.

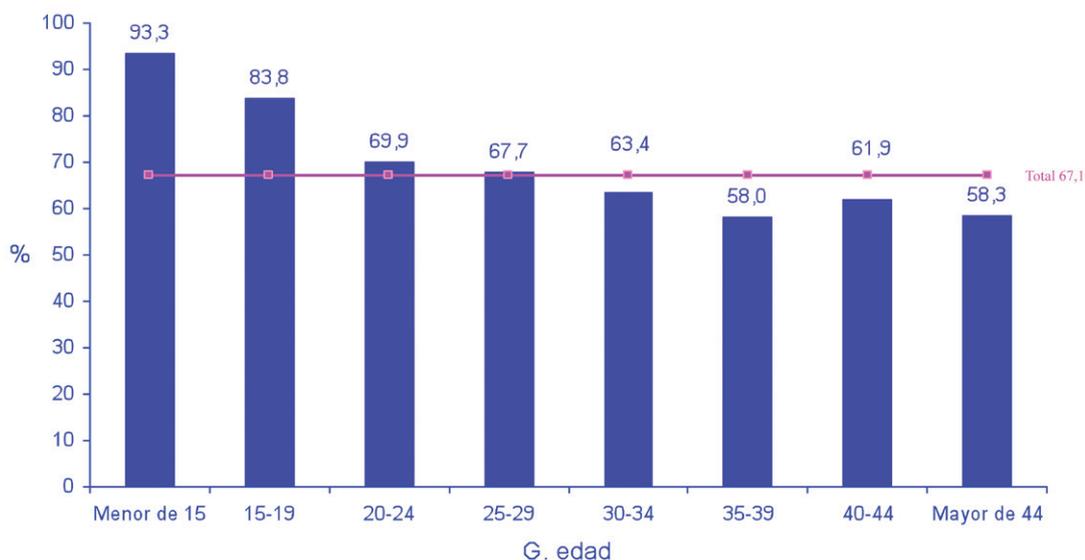
	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	3.388		18	355	718	804	702	557	221	13
%			0,5%	10,5%	21,2%	23,7%	20,7%	16,4%	6,5%	0,4%
Convivencia en pareja										
Si	1.584	46,8%	0	47	220	381	408	369	153	8
No	1.647	48,6%	16	303	471	393	252	153	56	3
Desconocido	155	4,6%	2	5	27	30	42	35	12	2
Situación laboral										
Empresaria	55	1,7%	0	0	4	4	16	18	13	0
Trabaja a sueldo	1.972	58,2%	2	47	365	551	468	372	159	8
Pensionista	5	0,1%	0	0	0	0	1	2	2	0
Estudiante	464	13,7%	14	245	149	43	9	4	0	0
Parada	550	16,2%	0	49	147	139	110	83	19	3
Ama de casa	205	6,1%	0	9	40	43	52	41	18	2
Otros	13	0,4%	1	0	1	3	4	3	1	0
No consta	124	3,7%	1	5	12	21	42	34	9	0
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	108	3,2%	0	7	17	30	32	14	8	0
1ª grado	593	17,5%	7	70	151	133	110	85	34	3
2ª grado, 1º ciclo	558	16,5%	6	58	102	141	116	91	41	3
2ª grado, 2º ciclo	1.278	37,7%	5	177	287	301	254	200	49	5
3ª grado (Escuela)	460	13,6%	0	32	99	109	99	82	39	0
3ª grado (Facultad)	292	8,6%	0	4	48	67	62	65	44	2
No consta	99	2,9%	0	7	14	23	29	20	6	0
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.688	49,8%	17	319	493	393	266	152	45	3
Uno	835	24,6%	0	33	160	223	203	154	58	4
Dos	577	17,0%	0	0	15	40	54	61	27	1

....

.../...

Tres	198	5,8%	0	0	1	11	17	14	9	1
Cuatro o más	88	2,5%	0	0	2	13	22	25	20	1
Desconocido	7	0,2%	0	0	1	1	2	3	0	0
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2.469	72,9%	18	316	531	539	486	403	164	12
Uno	633	18,7%	0	32	140	188	146	97	30	0
Dos	192	5,7%	0	3	35	55	47	35	16	1
Tres o más	90	2,7%	0	3	10	22	23	21	11	1
Desconocido	4	0,1%	0	1	2	0	0	1	0	0
Semanas gestación										
8 ó menos	2.223	65,6%	10	232	510	551	461	323	128	8
9 a 12	829	24,5%	7	94	188	200	157	128	52	3
13 a 16	161	4,8%	0	20	9	26	35	48	23	0
17 a 20	115	3,4%	1	3	8	17	31	40	14	1
21 ó más	60	1,8%	0	6	3	10	18	18	4	1
Motivo interrupción										
Riesgo salud materna (Ley 1985)	1.473	92,9%	4	161	345	371	293	208	85	6
Riesgo fetal (Ley 1985)	112	7,1%	0	1	5	9	35	46	15	1
Violación (Ley 1985)	1	0,0%	0	1	0	0	0	0	0	0
A petición de la mujer (Ley 2010)	1.672	92,8%	14	191	366	405	334	256	100	6
Grave riesgo salud de la mujer (Ley 2010)	15	0,8%	0	0	1	6	3	2	3	0
Riesgo de anomalías graves o incompatibles con la vida del feto (Ley 2010)	115	6,4%	0	1	1	13	37	45	18	0
Técnica intervención										
Aspiración	1.569	46,3%	4	161	350	393	323	234	96	8
Dilatación	57	1,7%	0	3	3	7	15	23	5	1
Legrado	536	15,8%	7	55	90	99	111	124	49	1
Ru-486	1.124	33,2%	6	125	268	291	231	143	58	2
Iny. intravenosa	16	0,5%	0	4	1	6	2	2	1	0
Otros	86	2,5%	1	7	6	8	20	31	12	1

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 2010

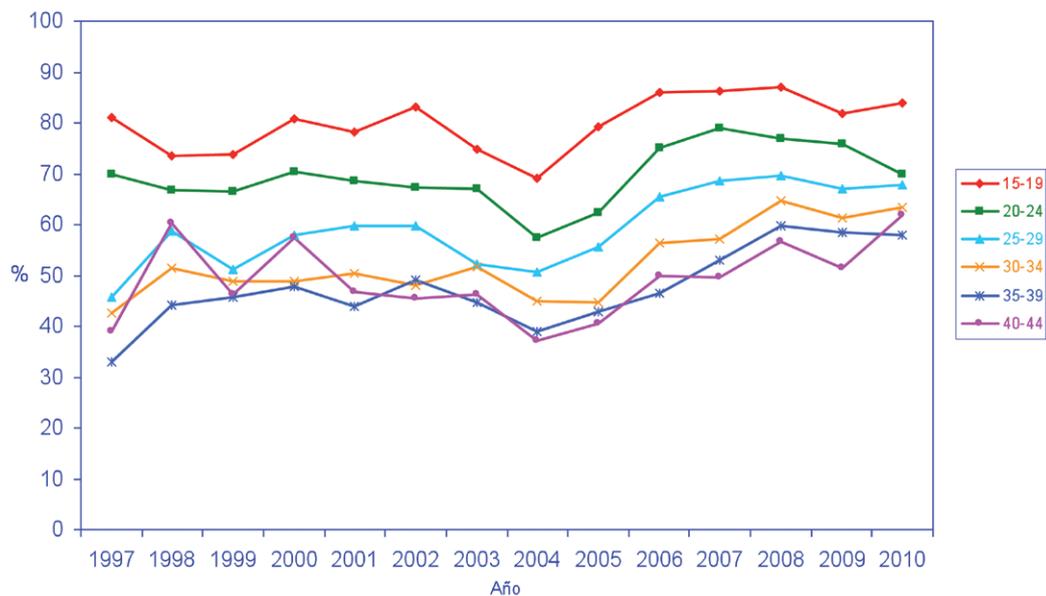


*En 2010 se han excluido los casos en los que esta variable se ha rellenado como desconocido ya que supone el 11,7% del total.

Casi en la mitad de los casos la mujer no tenía hijos y en el 27% de los casos ya había recurrido a la IVE con anterioridad. El 67,1% de las mujeres 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. (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 en todos los años de estudio.

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 1997-2010



*En 2010 se han excluido los casos en los que esta variable se ha rellenado como desconocido ya que supone el 11,7% del total.

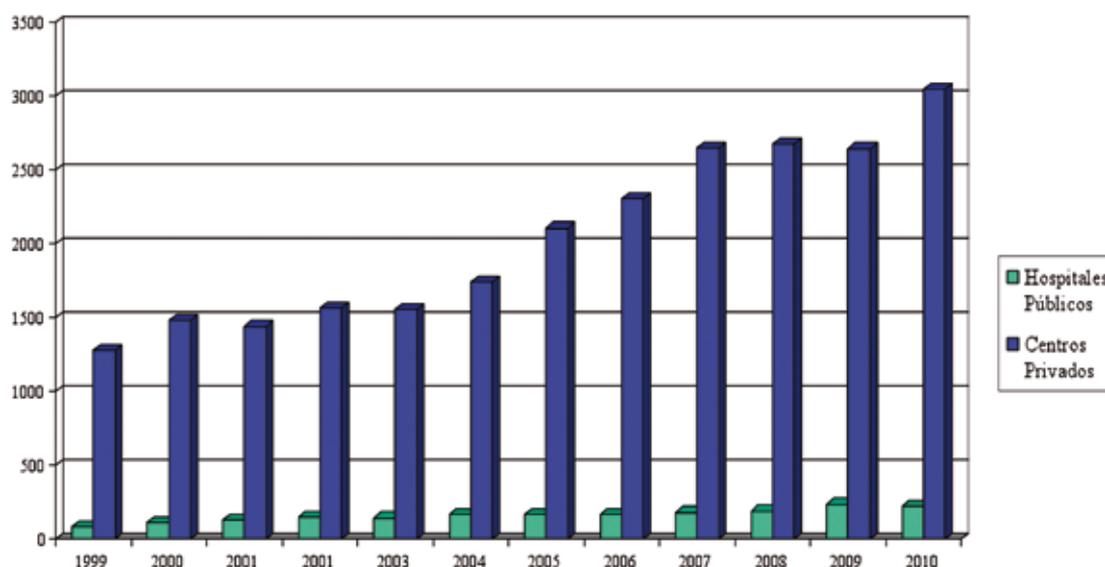
Al igual que en años anteriores, en dos de cada tres casos la IVE se hizo en las primeras 8 semanas de gestación.

El análisis de la información sobre el motivo de la IVE se ha realizado en dos periodos separados. El primero hasta el 4 de julio y el segundo a partir del 5 de julio fecha en la que entró en vigor la nueva Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Se puede observar como en el primer periodo, en el 92,9% 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, y el riesgo fetal fue el motivo en el 7,1%. Sin embargo en el segundo periodo (a partir de la entrada en vigor de la nueva Ley) en el 92,8% de los casos la IVE se realizó a petición de la mujer, en el 0,8% por grave riesgo para la salud de la mujer y en el 6,4% de los casos por existir anomalías graves o incompatibles con la vida del feto.

La aspiración fue la técnica de intervención más utilizada (46,3%), seguida de la RU-486 (33,2%), esta distribución es similar a años anteriores.

En el **Gráfico 3** 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 los datos de esos centros.

Gráfico 3. N° de IVEs realizadas a mujeres residentes en la CAPV* en hospitales de OSAKIDETZA y centros privados del País Vasco. CAPV 1999-2010



* 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.

Del total de mujeres que se sometieron a una IVE en 2010, el 40,9% (1.384) habían nacido en el extranjero. En la **tabla 3** 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 2010. La mayoría eran de Bolivia (26,8%), seguidas de las de Colombia (12,8%), Paraguay (11,4%) y Rumanía (10,7%).

Si observamos el tiempo transcurrido desde su llegada a España desde sus países de origen, las mujeres de Bolivia que son la mayoría, llevan residiendo en España más de cinco años y las colombianas -segundas en frecuencia- llevan residiendo más de cuatro años. En el caso de las paraguayas y rumanas parece que su llegada a España es más cercana en el tiempo.

Tabla 3. Número de años desde que la mujer extranjera llegó a España. IVE Año 2010

PAÍS NACIMIENTO	Nº DE AÑOS EN ESPAÑA														
	N	%	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o más	Desc
TOTAL	1384		48	128	130	175	190	125	96	81	53	48	65	65	180
Bolivia	305	22,0	1	3	5	32	86	52	40	30	17	2	2	2	33
Colombia	146	10,5	4	10	5	15	10	9	9	7	4	19	21	7	26
Paraguay	130	9,4	5	22	24	29	17	10	3	3	0	0	1	1	15
Rumanía	122	8,8	10	13	14	14	20	10	12	7	4	2	0	0	16
Ecuador	91	6,6	1	4	10	4	5	1	1	13	12	10	13	6	11
Marruecos	71	5,1	2	7	5	11	7	2	2	5	4	3	1	9	13
Nicaragua	71	5,1	2	21	17	17	7	1	0	3	0	0	1	1	1
Brasil	57	4,1	2	6	4	5	7	5	7	2	1	1	3	7	7
Perú	45	3,3	3	4	6	7	8	4	2	0	1	0	1	3	6
Cuba	36	2,6	1	1	5	3	2	7	1	2	1	0	0	4	9
Honduras	31	2,2	4	12	7	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria	29	2,1	3	2	4	6	1	1	3	1	1	1	1	1	4
China	25	1,8	1	2	1	3	2	1	2	0	1	1	8	1	2
República Dominicana	22	1,6	0	1	3	2	0	4	1	0	2	1	1	4	3
Guinea	19	1,4	1	1	1	2	0	2	2	0	1	1	2	4	2
Venezuela	18	1,3	1	4	4	1	0	1	2	0	0	0	1	1	3
Guinea Ecuatorial	15	1,1	1	0	1	1	1	2	1	1	0	1	1	4	1
Camerún	14	1,0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	2	1	0	5
Argentina	13	0,9	0	1	1	2	1	2	3	1	1	1	0	0	0
Otros países	124	9,0	6	13	12	18	9	10	5	5	3	3	7	10	23

En la **tabla 4** 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 el perfil de las mujeres nacidas en el extranjero es diferente al de las mujeres cuyo país de nacimiento es España. Las extranjeras son algo más jóvenes, conviven en pareja en su mayoría, tienen menor nivel de instrucción, se encuentran en situación laboral activa, aunque también hay más paradas, y un número menor de estudiantes, en comparación con las españolas. 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. Además las mujeres extranjeras utilizan los centros de planificación familiar en menor proporción que las españolas. Respecto al motivo de la IVE las mientras que las españolas alegan riesgos fetales en algo más del 5% de los casos, las extranjeras lo hacen en 0,3%.



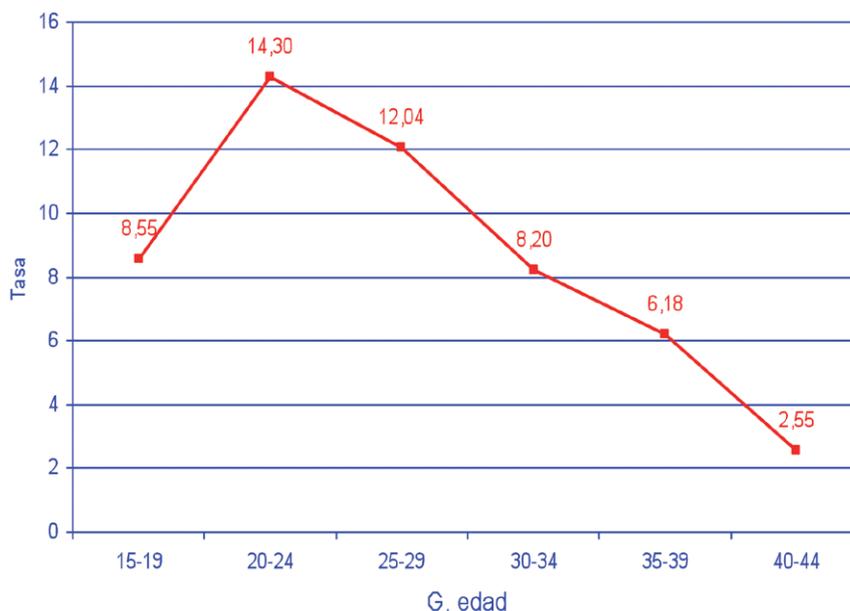
Tabla 4. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2010

	País de nacimiento	
	España	Extranjero
Total %	59,1%	40,9%
Edad media	28,9	28,0
	%	%
Convive en pareja		
Si	43,1	52,2
No	52,2	43,5
Desconocido	4,7	4,3
Situación laboral		
Empresaria	2,4	0,5
Trabaja a sueldo	56,2	61,1
Estudiante	16,8	9,3
Parada (o en busca de su primer empleo)	14,5	18,8
Ama de casa	5,3	7,2
Otros o desconocida	4,9	3,2
Nivel de instrucción		
Sin estudios	1,3	5,9
1ª grado	12,8	24,4
2ª grado, 1º ciclo	12,9	21,7
2ª grado, 2º ciclo	37,6	37,9
3ª grado (Escuela)	19,0	5,8
3ª grado (Facultad)	13,4	1,7
No clasificable o desconocido	3,1	2,7
Ingresos económicos propios		
Si	61,4	63,1
No	36,2	36,1
Desconocido	2,4	0,8
Nº de hijos vivos		
Ninguno	61,5	32,9
Uno	20,1	32,2
Dos	14,0	21,5
Tres o más	4,4	14,0
Desconocido	0,1	0,4

	País de nacimiento	
	España	Extranjero
	%	%
Nº IVEs anteriores		
Ninguno	79,2	63,7
Uno	15,2	23,7
Dos o más	5,5	12,4
Desconocido	0,0	0,3
Utilización centros planificación		
Si. Público	22,5	18,0
Si. Privado	10,9	3,0
Si. Otros	0,8	0,8
No	56,2	63,5
Desconocido	9,6	14,7
Semanas gestación		
8 o menos	63,7	68,4
9 a 12	22,3	27,7
13 a 16	6,5	2,2
17 a 20	5,0	1,0
21 o más	2,5	0,7
Motivo interrupción		
Riesgo salud materna (Ley 1985)	41,8	45,9
Riesgo fetal (Ley 1985)	5,4	0,3
Violación (Ley 1985)	0,1	0,0
A petición de la mujer (Ley 2010)	46,6	53,4
Grave riesgo salud de la embarazada (Ley 2010)	0,5	0,4
Riesgo anomalías graves/ incompatibles con vida (Ley 2010)	5,7	0,0
Técnica intervención		
Aspiración	39,8	55,8
Dilatación	2,6	0,4
Legrado	19,3	10,8
Ru-486	34,0	31,9
Inyección intravenosa	0,6	0,3
Otros	3,7	0,8

En el **Gráfico 4** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad. Como en años anteriores se observa que la tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 14,3 por 1000 mujeres.

Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2010



En la **tabla 5** se describen las causas de la IVE cuando el motivo es el riesgo fetal. Así se observa cómo, en la mayoría de ellos (87,2%) la causa fue la existencia de anomalías congénitas (grupo XIV). Dentro de éstas, las más frecuentes fueron las alteraciones cromosómicas seguidas de las malformaciones congénitas del sistema nervioso y las del aparato circulatorio.

En la **tabla 6** se describen las anomalías cromosómicas diagnosticadas en los fetos siendo el "Síndrome de Down" la más frecuente (67,5% de los casos) seguida a distancia del "Síndrome de Edwards" (13,3%).

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 7**. Se puede observar que en el año 2010 la tasa de IVE -7,98 por 1.000 mujeres- es la tasa más alta desde el inicio del registro, algo superior a la de 2009.

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1997, se presenta en el **gráfico 5**. En el año 2010 ha habido un aumento de esta tasa en todos los grupos de edad.

El **Gráfico 6** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1997-2010, observándose en el último año un discreto aumento en Gipuzkoa y Bizkaia y un importante aumento en Álava.

El **Gráfico 7** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España en el periodo 1997-2010. 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.

La comparación de la tasa de la CAPV con la del resto de las Comunidades Autónomas se puede observar en el **Gráfico 8**, siendo la CAPV, al igual que en el año 2009, la sexta Comunidad con menor tasa de abortividad.

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 2010

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
I	(0-139)	Enfermedades infecciosas	1	0,4
II	(140-239)	Neoplasias	5	2,1
III	(240-279)	Enf. Endocrinas y trastornos de la inmunidad	1	0,4
VI	(320-326)	Enfermedades del sistema nervioso	3	1,3
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	204	87,2
	(740-742)	Malf. congénitas del sistema nervioso	33	
	(745-747)	Malf. congénitas del aparato circulatorio	20	
	748	Malf. congénitas del sist. Respiratorio	2	
	753	Malf. congénitas del sistema urinario	7	
	(754-756)	Malf. congénitas del sist osteomuscular	10	
	758	Anomalías cromosómicas	120	
	(757-759)	Otras malformaciones congénitas	12	
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	17	7,3
	761	Oligoamnios con o sin RPM	14	
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	1	0,4
	(E800-E999)	Causas externas de lesiones e intoxicaciones	2	0,9
Total			234	100,0

Los 234 diagnósticos corresponden a 227 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 2010

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	81	67,5
(758.2) Síndrome de Edwards	16	13,3
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	7	5,8
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	6	5,0
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no esp.	4	3,3
(758.1) Síndrome de Patau	2	1,7
(758.7) Síndrome de Klinefelter	2	1,7
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	1	0,8
(758.3) Síndrome por delección autosómica	1	0,8
Total	120	

Tabla 7. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2010

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

Gráfico 5. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1997-2010

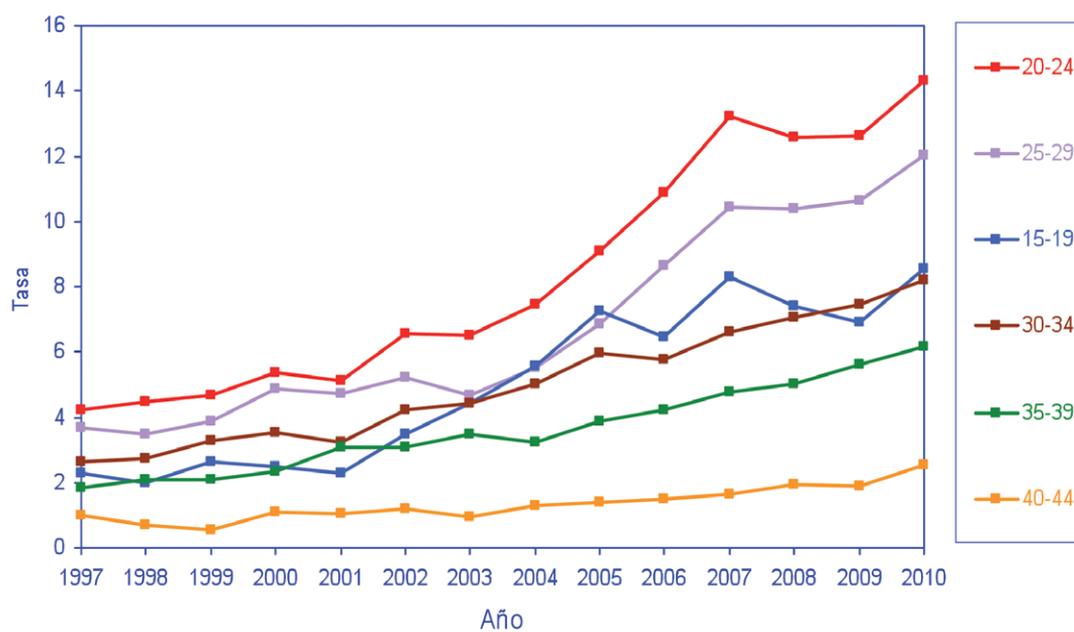


Gráfico 6. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1997-2010

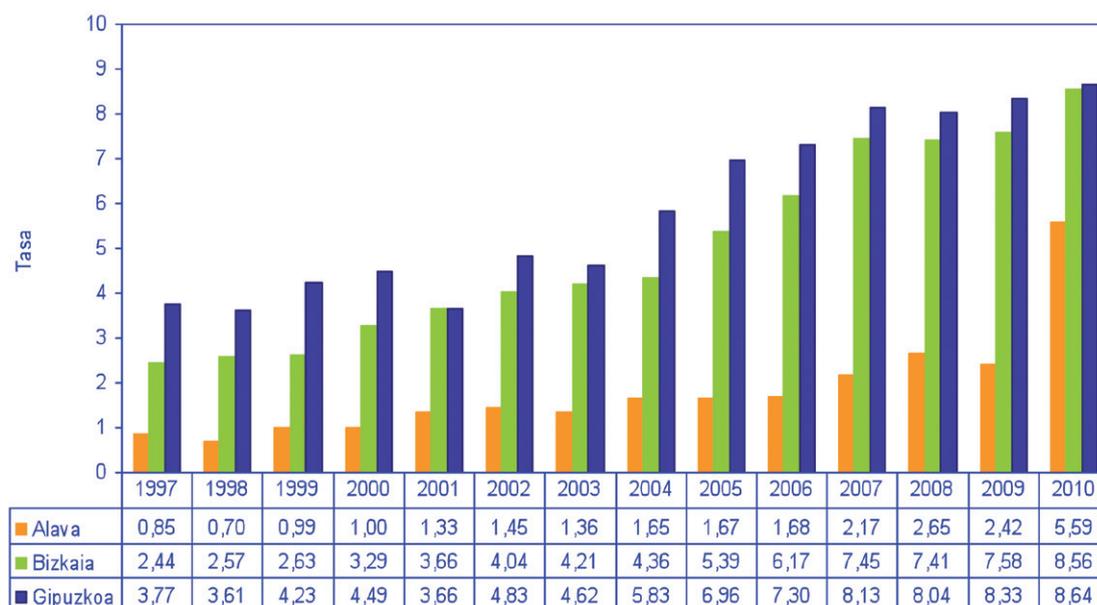


Gráfico 7. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1997- 2010

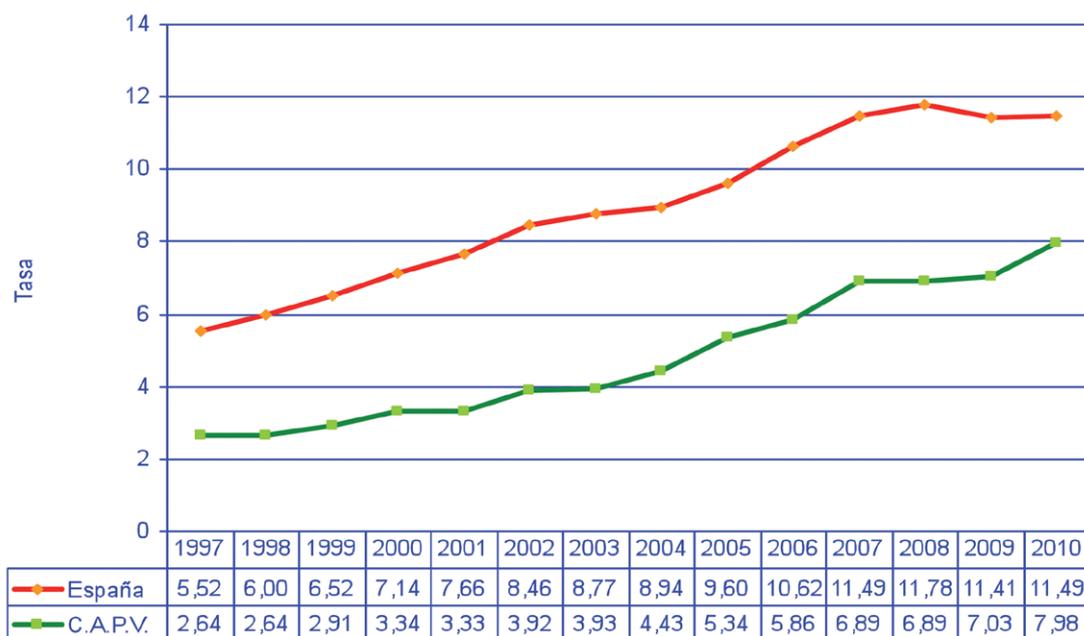
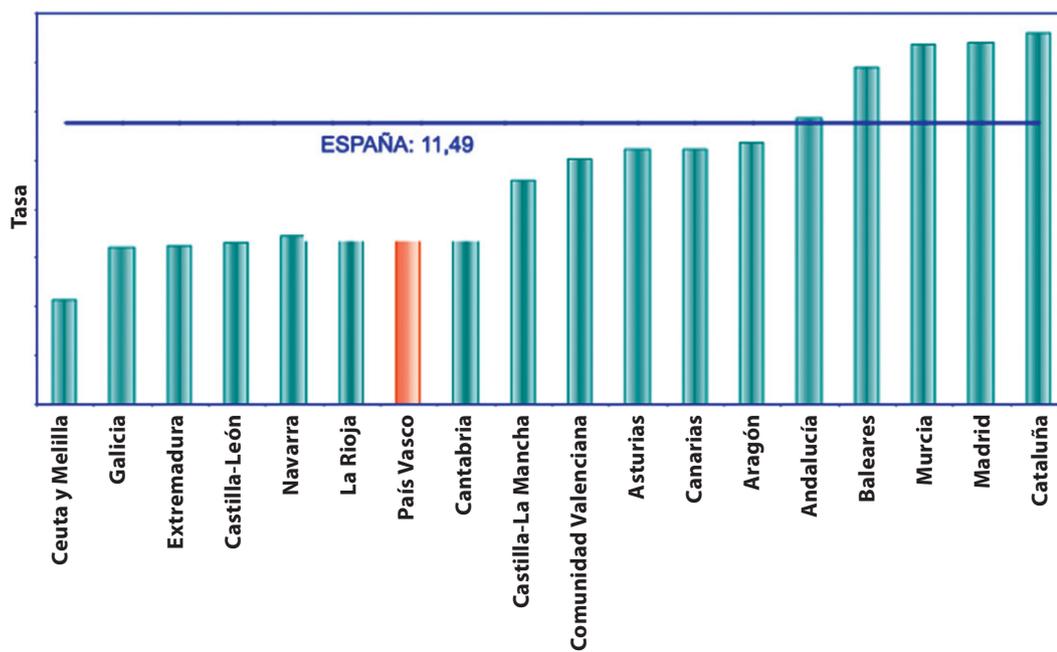


Gráfico 8. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2010



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 6,5% 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. Este año ya no se observa el desplazamiento que se vio en 2009 hacia grupos de edad mayores, es decir, en 2010 vuelve a ser más frecuente el grupo de edad de 20-24.

Un hecho mantenido en el tiempo es que las mujeres más jóvenes son las que en menor medida han acudido a servicios sanitarios para utilización o control de métodos anticonceptivos en los dos años previos a la IVE. De ahí la importancia de seguir haciendo hincapié en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

En la mayoría (96,8%) de las IVE que se realizaron en los hospitales de Osakidetza, el motivo de la interrupción fue de riesgo fetal. Como otros autores indican⁷, existe en la CAPV una clara relación entre el motivo de la 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 nueve 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.

Según datos proporcionados a Eurocat⁹ (European Surveillance of Congenital Anomalies) y correspondientes a 2009, de las 18.024 anomalías congénitas registradas, 3.184 (el 17,7%) fueron

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.eurocat-network.eu> (data uploaded 06/12/2011)

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. Otro hecho que se observa es el aumento del porcentaje de mujeres extranjeras con respecto a 2009, pasando del 37,7% al 40,9% en 2010, y ha influido en el aumento de las tasas en todos los grupos de edad.

En 2010 el número de mujeres cuyo país de origen era extranjero ascendió a 1.498 lo que supone un 40,9% del total de mujeres residentes en el País Vasco que se sometieron a la IVE. 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.

En el conjunto de todas las CCAA en 2010 el porcentaje de mujeres cuyo país de nacimiento es extranjero supuso un 41,7%. En la CAPV este porcentaje ha sido algo menor, del 40,9%. Respecto al resto de CCAA (teniendo en cuenta las que aportan mayor número de casos y por tanto tienen mayor peso en el total), el porcentaje de mujeres nacidas en el extranjero y que se sometieron a una IVE fue del 59,5% en Madrid, 53% en Cataluña, 38,8% en Valencia y 30,2 en Andalucía.

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.

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 2008*.
- 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 2009*.
- 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. *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> (data uploaded 06/12/2011)



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 2010

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 2010

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
15-19	6.200	22.000	13.300
20-24	7.700	27.300	15.200
25-29	10.700	36.300	19.800
30-34	13.200	46.000	26.400
35-39	13.600	48.300	28.300
40-44	12.900	46.700	27.000
Total	64.300	226.600	130.000

Fuente: EUSTAT a 30/06/2011

