



**OSASUN SAILA**

Osasun Sailburuordetza  
Osasun Plangintzaeta  
Antolamenduko Zuzendaritza

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD**

Viceconsejería de Sanidad  
Dirección de Planificación y  
Ordenación Sanitaria

INFORME DEL REGISTRO DE

# INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

**2003**

*Marzo 2005*

---

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

## INTRODUCCIÓN

Desde la entrada en vigor de la ley de despenalización del aborto de 1985, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), está sometida a vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Sanidad y Consumo, ateniéndose a la Orden de 16 de Junio de 1986, asumió la realización de esta vigilancia, para lo cual desarrolló un sistema de información nacional, en el que participa la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a través del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

Los datos recogidos en este Registro, permiten conocer información sobre las IVEs que se realizan en la CAPV, así como el perfil socio-demográfico de la mujer vasca 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.

En el año 2000 se procedió a la adaptación del cuestionario debido a la aparición de nuevos métodos de intervención. (Resolución 4 de Febrero de 2000, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE del 17 de Febrero de 2000). Hay que señalar que a partir de Febrero de 2000 se autoriza el tratamiento con Mifepristona (RU-486).

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 2003 y la evolución de las tasas de abortividad 1994-2003 en la CAPV y en los tres Territorios Históricos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos presentados, son los recogidos en las fichas de notificación que corresponden a las IVEs realizadas en la CAPV durante el año 2003 y notificadas al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo ubicado en el Departamento de Sanidad.

Los centros acreditados para la práctica de la IVE, remiten periódicamente al Registro, las notificaciones de las intervenciones realizadas, cuyos datos son validados, codificados y procesados de acuerdo al protocolo y a la aplicación informática desarrollados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Anualmente y una vez realizada la depuración definitiva de los datos, se envía el fichero de las Interrupciones realizadas en nuestra Comunidad al Ministerio, el cual posteriormente, enviará al Registro de IVEs de la CAPV los datos de las mujeres vascas que recurrieron a la IVE en otras Comunidades.

En el año 2000 se comenzó a recoger la información sobre la causa de la IVE en los Hospitales de Osakidetza que se codifica según los criterios y reglas que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica 9ª revisión (CIE-9-MC)<sup>1</sup>

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.

El método utilizado es descriptivo. Las tasas de abortividad específicas para cada grupo de edad, se definen como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. La tasa de abortividad voluntaria se define como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años). El intervalo de edad fértil en las mujeres, se ha definido como el de 15 a 44 años en concordancia con las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>2</sup>, así como con publicaciones del Departamento de Sanidad<sup>3,4</sup>. Para calcular las tasas del presente estudio, el dato de población se ha obtenido por extrapolación lineal entre el padrón de 1996 y el censo de 2001 suministrado por el Instituto Vasco de Estadística. EUSTAT. Las tasas de España y otras comunidades se han obtenido de la publicación anual del Ministerio de Sanidad<sup>2</sup>.

## RESULTADOS

El número total de IVEs notificadas al Registro de la CAPV en el año 2003 fue de 1.995 ([Tabla 1](#)). De éstas el número de intervenciones realizadas a mujeres residentes en otras CCAA fue de 296. La mayoría eran de Comunidades limítrofes como Cantabria, La Rioja, Navarra y Burgos. Fueron 1.798 las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE tanto en centros de nuestra Comunidad como en centros de otras Comunidades y a éstas están referidas 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 2003.

AÑO	Nº IVEs realizadas en la CAPV		IVEs en residentes en la CAPV	
	A mujeres residentes en la CAPV	A mujeres residentes en otras CC.AA.	En centros de la CAPV	En centros de otras CC.AA.
2003	1.699	296	1.699	99
TOTAL	1.995		1.798	

Los centros acreditados en la CAPV que notificaron IVEs fueron 5 privados y 6 públicos. En 2003 se acreditó un nuevo centro privado en Gipuzkoa. En la [Tabla 2](#) se presentan las características socio-demográficas de la mujer vasca que se sometió a la IVE en 2003. Como se puede observar, las mujeres que más frecuentemente recurrieron a la IVE fue, al igual que en años anteriores, el grupo de 20 a 24 años pareja y más del 10% eran adolescentes.

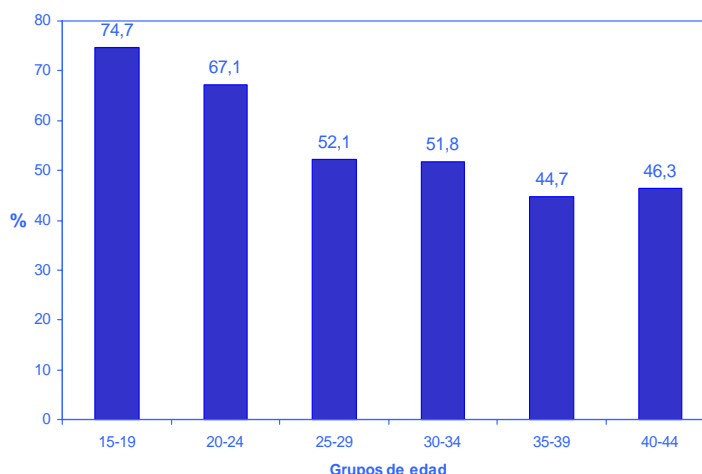
**Tabla 2.** Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE y datos sobre la intervención, por grupos de edad. Año 2003.

	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>Total</b>	<b>1.798</b>		<b>3</b>	<b>190</b>	<b>447</b>	<b>403</b>	<b>361</b>	<b>302</b>	<b>82</b>	<b>10</b>
<b>%</b>			<b>0,2</b>	<b>10,6</b>	<b>24,9</b>	<b>22,4</b>	<b>20,1</b>	<b>16,8</b>	<b>4,6</b>	<b>0,6</b>
<b>Situación laboral</b>										
Empresaria. No emplea personal	42	2,3	0	1	2	12	9	13	4	1
Trabaja a sueldo o comisión	974	54,2	0	37	220	228	233	194	57	5
Pensionista	7	0,4	0	0	2	1	3	0	1	0
Estudiante	251	14	1	118	107	23	1	1	0	0
Parada o en busca primer empleo	190	10,6	1	22	69	48	24	22	3	1
Sus labores	222	12,4	1	6	33	57	54	52	16	3
Otras o desconocido	112	6,2	0	6	14	34	37	20	1	0
<b>Nivel de instrucción</b>										
Analfabeta o sin estudios	32	1,8	2	4	7	9	5	3	1	1
1ª grado	194	10,8	1	21	49	50	37	31	5	0
2ª grado, 1º ciclo	513	28,5	0	61	141	105	107	70	26	3
2ª grado, 2º ciclo	630	35	0	81	146	144	119	110	28	2
3ª grado (Escuela)	228	12,7	0	16	66	53	47	35	10	1
3ª grado (Facultad)	131	7,3	0	3	31	29	23	37	6	2
No clasificables	7	0,4	0	2	0	0	2	2	1	0
No consta	63	3,5	0	2	7	13	21	14	5	1
<b>Nº de hijos vivos</b>										
Ninguno	1.032	57,4	3	182	358	346	149	76	16	2
Uno	395	22	0	6	59	88	113	99	29	1
Dos	270	15	0	1	23	45	74	96	24	7
Tres o más	98	5,5	0	1	7	24	25	31	13	0
<b>Nº IVEs anteriores</b>										
Ninguno	1.459	81,2	3	177	369	312	285	238	65	10
Uno	256	14,2	0	13	63	69	54	47	10	0
Dos	55	3,1	0	0	11	15	12	11	6	0
Tres o más	27	1,5	0	0	4	7	9	6	1	0
<b>Semanas gestación</b>										
8 ó menos	1.124	62,5	2	126	291	264	210	178	46	7
9-12	486	27	1	52	139	105	90	70	26	3
13-16	43	2,4	0	3	2	7	17	14	0	0
17-20	85	4,7	0	5	8	10	24	32	6	0
21 ó más	57	3,2	0	4	7	16	19	8	3	0
No consta	3	0,2	0	0	0	1	1	0	1	0
<b>Motivo interrupción</b>										
Riesgo salud materna	1.655	92,1	3	188	444	377	305	254	74	10
Riesgo fetal	142	7,9	0	2	3	25	56	48	8	0
Salud materna+Riesgo fetal	1	0,1	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>Técnica intervención</b>										
Aspiración	900	50,1	2	95	260	203	169	134	35	2
Dilatación	56	3,1	0	6	7	8	17	14	4	0
Legrado	229	12,7	0	30	46	46	40	43	21	3
Ru-486	493	27,4	1	55	127	120	94	74	17	5
Iny. Intravenosa	7	0,4	0	1	2	2	1	1	0	0
Iny. Intrauterina	1	0,1	0	0	0	0	0	1	0	0
Histerectomía	1	0,1	0	0	0	0	1	0	0	0
Otros	109	6,1	0	3	5	24	37	35	5	0
No consta	2	0,1	0	0	0	0	2	0	0	0

Más de la mitad de ellas no convivía en pareja. Respecto al nivel de instrucción la mayor parte de ellas había completado o estaba cursando estudios de segundo grado y 2 de cada 10 estudios universitarios. Más de la mitad de las mujeres trabajaban. Una de cada diez se encontraba en paro y el 14% eran estudiantes.

En más de la mitad de los casos la mujer no tenía hijos y 8 de cada 10 era la primera vez que se sometía a la IVE. Hay que señalar que un 56,7% 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. En el caso de las adolescentes este porcentaje se eleva al 74,7% (**Gráfico1**)

**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 2003.

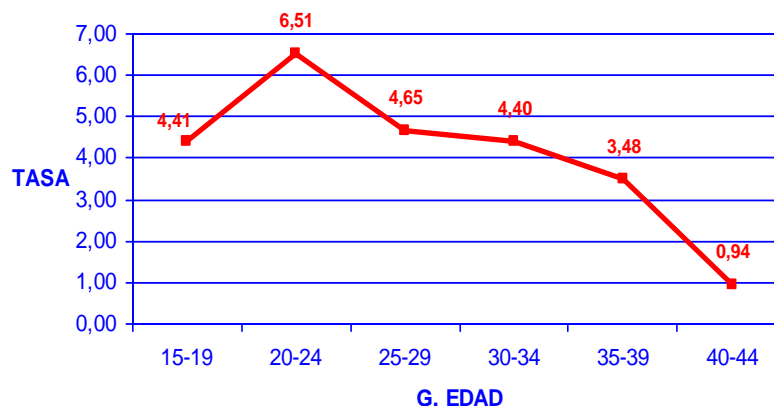


El motivo para la realización de la IVE fue en el 92,1% de los casos la existencia de peligro para la salud física o psíquica de la embarazada, realizándose la mayor parte dentro de las ocho primeras semanas de gestación.

En la mitad de los casos el método utilizado en la IVE fue la aspiración y en uno de cada tres casos se utilizó la RU-486.

En el **gráfico 2** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad donde se puede observar que la tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 6,51 por 1000 mujeres.

**Gráfico 2.** Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2003.



En la **tabla 3** se describen las causas de la IVE cuando el motivo ha sido “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. Como se puede observar, en la mayoría de los casos (66,9%) la causa fue la existencia de anomalías congénitas y dentro de éstas las más frecuentes las alteraciones cromosómicas.

**Tabla 3.** Causa de la Interrupción cuando el motivo ha sido “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. CAPV 2003\*.

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
I	(0-139)	<b>Enfermedades Infecciosas</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>
II	(140-239)	<b>Neoplasias</b>	<b>5</b>	<b>3,2</b>
IV	(280-289)	<b>Enf. Sangre y Órganos Hematopoyéticos</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
VI	(320-389)	<b>Enfermedades del Sistema Nervioso</b>	<b>3</b>	<b>1,9</b>
IX	(520-579)	<b>Enfermedades del aparato digestivo</b>	<b>4</b>	<b>2,5</b>
XI	(580-629)	<b>Complic. Gestc. Parto y Puerperio</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>
XIII	(710-739)	<b>Enfermedades sist. Osteo-muscular</b>	<b>6</b>	<b>3,8</b>
XIV	(740-759)	<b>Anomalías congénitas</b>	<b>105</b>	<b>66,9</b>
	(740-742)	<i>Malf. Congénitas del sistema Nervioso</i>	(31)	
	(745-747)	<i>Malf. Congénitas del aparato Circulatorio</i>	(7)	
	-753	<i>Malf. Congénitas del Sistema Urinario</i>	(8)	
	(754-756)	<i>Malf. Congénitas del Sistema Osteomuscular</i>	(3)	
	-758	<i>Anomalías Cromosómicas</i>	(53)	
	(757-759)	<i>Otras Malf. Congénitas</i>	(3)	
XV	(760-779)	<b>Afecciones perinatales</b>	<b>24</b>	<b>15,3</b>
	-761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	(21)	
	(760,762-779)	<i>Otras afecciones perinatales</i>	(3)	
XVI	(780-799)	<b>Causas mal definidas</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>
XVII	(800-999)	<b>Lesiones y envenenamientos</b>	<b>3</b>	<b>1,9</b>
<b>Total</b>			<b>157</b>	<b>100</b>

\* En centros públicos

En la **tabla 4** se describen las anomalías cromosómicas detectadas siendo el “Síndrome de Down” la más frecuente.

**Tabla 4.** Frecuencia de las anomalías cromosómicas en las Interrupciones realizadas por “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. CAPV 2003.

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down.	24	45,3
(758.1) Síndrome de Patau.	7	13,2
(758.2) Síndrome de Edwards.	9	17
(758.6) Síndrome de Turner.	4	7,5
(758.7) Síndrome de Klinefelter.	2	3,8
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas.	5	9,4
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no especificadas.	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En la **tabla 5** se presenta una evolución del número de IVEs que se han realizado a mujeres residentes en la CAPV desde 1994 y las tasas brutas correspondientes. En este último año se presenta la tasa más alta de los diez años.

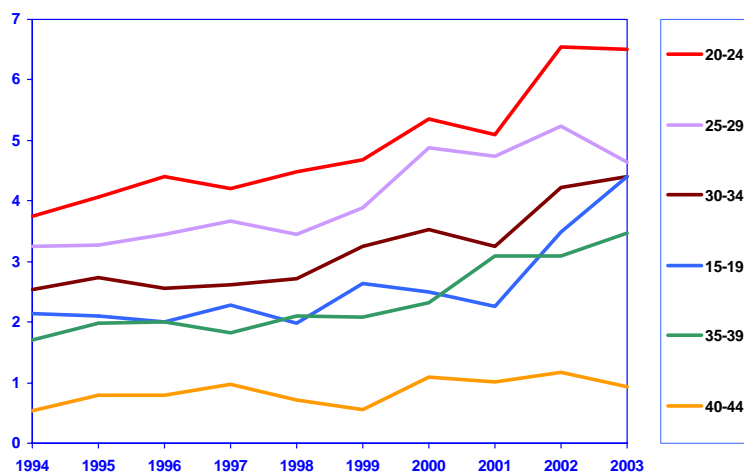
**Tabla 5.** Número y tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV 1994-2003.

AÑO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>NºIVE</b>	1.174	1.256	1.278	1.301	1.305	1.435	1.653	1.646	1.804	1.798
<b>TASA</b>	2,37	2,55	2,59	2,64	2,64	2,91	3,34	3,33	3,92	3,93

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1994 se presenta en el **gráfico 3**. Las mujeres del grupo de edad 20-24 son en todos los años, las que con mayor frecuencia se someten a la IVE.



**Gráfico 3.** Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1994-2003.



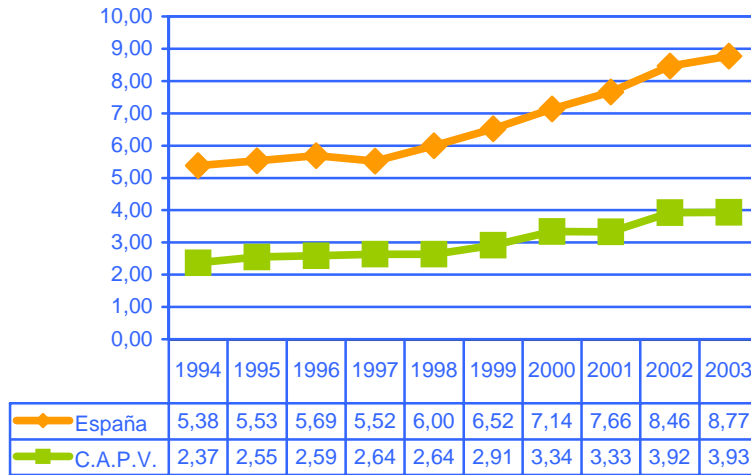
El **gráfico 4** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1994-2003 observándose después de los diez años de estudio un aumento en la tasa en Gipuzkoa y Bizkaia.

**Gráfico 4.** Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1994-2003.



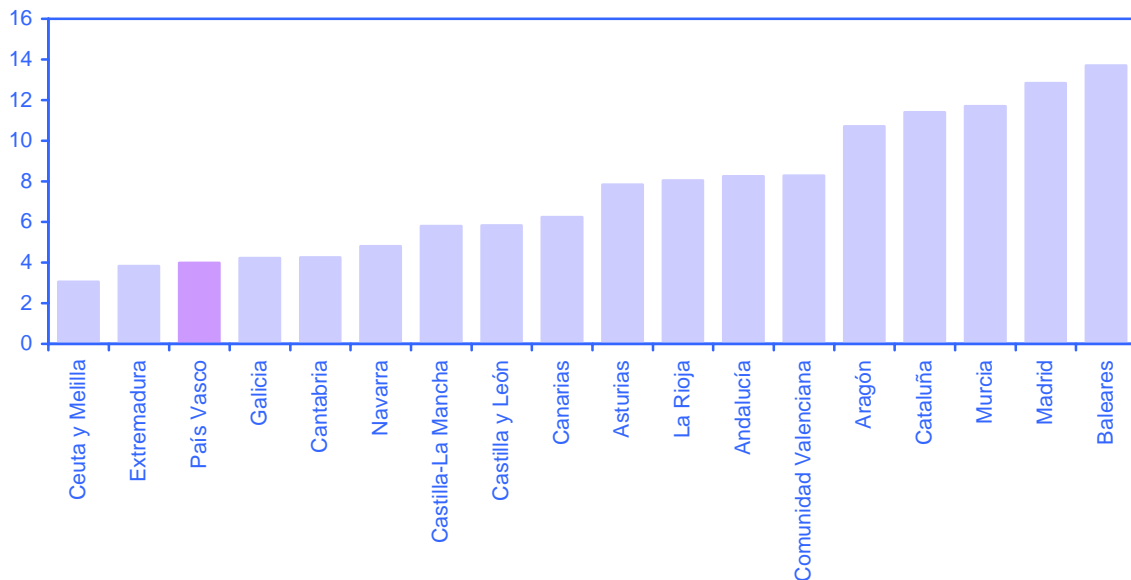
El **gráfico 5** presenta la tasa de abortividad de la CAPV comparada con España. Se observa tanto para España como para la CAPV un aumento progresivo aunque es más llamativo en España pasando de una tasa de 5.38 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1994 a 8,77 en 2003.

**Gráfico 5.** Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1994-2003.



La comparación de la tasa de la CAPV con la del resto de las Comunidades Autónomas se puede observar en el **gráfico 6**, presentando la CAPV una de las tasas más bajas.

**Gráfico 6.** Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia, año 2003.



## 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 tasas<sup>5</sup>, si bien, como otros trabajos apuntan<sup>6</sup> este sesgo es común a todos los registros basados en notificaciones.

En 2003 se acreditó y comenzó a realizar IVEs un nuevo centro privado en Gipuzkoa pero el número de IVEs realizadas a residentes en ese Territorio Histórico fue menor que en 2002.

En general en los últimos 10 años, se muestra una tendencia ascendente en las tasas de abortividad en todos los grupos de edad, especialmente en el grupo de edad de las adolescentes en los dos últimos años. En el grupo de edad 40-44 años se mantiene estable.

El perfil socio-demográfico de la mujer vasca que se somete a la IVE es similar a años anteriores. Tienen entre 20 y 29 años, no conviven en pareja y no tienen hijos. Trabajan y tienen completados estudios de segundo grado en su mayoría. Ha aumentado el número de mujeres con estudios de 1º y 2º ciclo, en concordancia con el aumento del número de adolescentes a las que se les ha practicado esta intervención.

El dato acerca del país de origen de las mujeres que se han sometido a la IVE no se conoce, ya que no se recoge en la hoja de notificación.

Al igual que en años anteriores, se observa un alto porcentaje de adolescentes (74,7%) que no había hecho uso de ningún centro de planificación familiar para la utilización o control de métodos anticonceptivos. Así mismo hay que señalar que casi la mitad de las mujeres de 40-44 años tampoco había hecho uso de ellos.

En los centros privados, el motivo por el que se realizó la Interrupción Voluntaria del embarazo fue “peligro para la salud física o psíquica de la embarazada” en todos los casos ya que estos centros sólo están acreditados para la práctica de la IVE en este supuesto. Sin embargo, en las IVE que se realizaron en los centros públicos, el motivo de la Interrupción fue, en el 97% de los casos “presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. Así vemos, como otros autores señalan<sup>7</sup>, una clara relación entre el motivo de la IVE y el tipo de centro en el que se realiza. Hay que señalar que en la CAPV las mujeres acuden a los centros privados porque en los hospitales

públicos los médicos se han declarado “objetores de conciencia”. Por ese motivo y para poder atender la demanda de las mujeres que solicitan una IVE el Departamento de Sanidad financia la atención en centros privados.

Como ha sido señalado por varios autores<sup>8</sup>, la causa de la IVE cuando estaba relacionada con la salud fetal, ha sido en 2 de cada 3 casos la existencia de anomalías congénitas, existiendo en más de la mitad de los casos anomalías cromosómicas, principalmente Síndrome de Down. Según estos mismos autores su frecuencia al nacimiento ha disminuido en estos últimos años debido a la legalización de la IVE.

La utilización de la RU-486 como método para la IVE se introdujo en 2001. Desde entonces, se ha venido utilizando en aproximadamente una de cada tres intervenciones no siendo así en el conjunto del Estado Español en el que su utilización también en los tres años ha sido sensiblemente más baja (alrededor del 4%). Su uso ha ido aumentando sobre todo entre las más jóvenes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificación Clínica 9ª revisión 4ª edición. Madrid 1999.
- 2) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2003. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 3) Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2000-2001.
- 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 2002.
- 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.
- 9) 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.