
Procés de desenvolupament de l'avortament farmacològic a Catalunya

Director General de Planificació i Recerca en Salut

Carles Constante i Beitia

Subdirector General de Planificació Sanitària

Ricard Tresserras i Gaju

Subdirecció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari

Ignasi Arbusà i Gusi

Redactors

Carme Ollé Rodríguez. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Roser Bosser Giralt. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

Neus Prat Puigpelat. ASSIR Costa Ponent.

Carme Coll Capdevila. ASSIR Barcelonès Nord i Maresme.

Pilar Magrinyà Rull. Divisió d'Avaluació i Planificació operativa de Serveis. CatSalut.

Rosa Gispert Magarolas. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

Agraïments: Amèlia Acera, Rosa Almirall, Àngels Avecilla, Margarita Aznar, Joaquim Calaf, Elena Català, Dolors Costa, Maria Luisa de la Puente, Ramon Escuriet, Josep Fusté, Josep Grau, Cristina Martínez, Hildegard Mausbach, Dolors Muñoz, Elisenda Prats, Nereida Prats, Manel Rabanal, Neus Rams, Marta Roig, Josefina Rovira, Marta Saló, Pilar Soteras, Berta Sunyer, Mar Torné, Núria Torres i Eva Vela.

Referència recomanada. Ollé C., Bosser R., Prat N., Coll C., Magrinyà P., Gispert R. Procés de desenvolupament de l'IVE farmacològic a Catalunya. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, octubre de 2014

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Sumari

1. Introducció	4
2. Antecedents	5
3. Desenvolupament del Protocol de l'IVE farmacològica	6
4. Fases del desenvolupament i implantació	8
5. Situació actual.....	9
6. Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs de Catalunya.....	11
7. Resum de dades estadístiques.....	13
8. Referències bibliogràfiques	16

Índex de figures i taules

Figura 1. Esquema resum del circuit assistencial de l'IVE amb finançament públic..... 10

Taula 1. Evolució del nombre d'IVE i centres que en realitzen. Catalunya, 2010- 2013..... 14

Taula 2. Evolució de les IVE segons el mètode i el tipus de centre. Catalunya, 2010- 2013..... 15

1. Introducció

Tal com estableix l'estratègia de Salut Reproductiva de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per tal d'accelerar la consecució dels objectius establerts en l'Assemblea Mundial de Salut del 2004 (objectius del mil·lenni) s'ha d'abordar el tema de l'avortament, principalment el que es produeix de manera insegura, atesa la seva implicació directa en la millora de la salut materna, així com en altres aspectes del desenvolupament social¹. Hi ha un ampli consens a l'hora d'afirmar que en els llocs on les lleis i les polítiques públiques permeten la realització d'un avortament amb indicacions àmplies, la incidència i les complicacions d'un avortament insegur es redueixen a nivells mínims². També és sabut que tant si l'avortament és restringit per la llei com si no ho és, la probabilitat que una dona se sotmeti a un avortament per un embaràs no desitjat és pràcticament la mateixa³.

Nombroses declaracions i resolucions de diferents països, principalment els desenvolupats, estableixen la importància de l'accés legal i segur a l'avortament, i en la major part d'ells, s'estableixen condicions àmplies (salut física i psíquica de la mare, malalties i malformacions del fetus i causes socials) per poder accedir-hi⁴. Així mateix, l'OMS publica regularment estudis i actualitzacions sobre mètodes, tècniques i estratègies de política sanitària per afavorir la consecució de la millora de la salut sexual i reproductiva que inclou de manera molt destacada el tema de l'avortament segur⁵.

En la seva darrera publicació relacionada amb aquest tema⁵ es reconeix que l'ampliació en la disponibilitat dels mètodes mèdics segurs i eficaços (com la mifepristona i el misoprostol) i el seu ús correcte són una gran oportunitat per les dones i també pels professionals de la salut, i per la planificació i la direcció de programes de salut sexual i reproductiva, atès que aquests tractaments formen part del sistema de salut. Entre les seves recomanacions, l'OMS estableix que els principis subjacents en el procés de millora de l'accés i la qualitat de l'atenció a l'avortament han d'incloure: que estigui dirigit des de dins del propi sistema sanitari del país, que estigui basat en l'evidència, que es tracti d'un procés inclusiu de múltiples perspectives, que sigui participatiu i que contempli l'equitat, així com també l'absència de discriminació, que estigui basat en objectius de salut i drets humans i sobretot, centrat en el sistema sanitari.

Totes aquestes recomanacions i característiques es troben en el projecte que es presenta en aquest document. Projecte que s'ha desenvolupat i implantat íntegrament a Catalunya per tal de millorar la qualitat de l'atenció de l'avortament i, en definitiva, la de la salut de les dones, que en són les principals destinatàries.

2. Antecedents

La interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) es va regular per primera vegada a l'Estat espanyol l'any 1985⁶, en els tres supòsits autoritzats en el Codi penal vigent en aquell moment:

- Risc per a la vida o salut de la dona embarassada.
- Presumpció de defectes del fetus (fins a les 22 setmanes de gestació).
- Violació (fins a 12 les setmanes de gestació).

El 5 de juliol de 2010, va entrar en vigor la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs⁷. Els terminis i motius autoritzats van passar a ser els següents:

- A petició de la dona (fins a les 14 setmanes de gestació).
- Risc per a la vida o salut de l'embarassada/anomalies greus fetals (fins a les 22 setmanes de gestació).
- Anomalies fetals incompatibles amb la vida/fetus amb malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic.

La publicació d'aquesta nova llei (LO 2/2010, de 3 de març) va suposar un gran canvi en el sistema sanitari, ja que va permetre que l'IVE pogués realitzar-se a petició de la dona dins de les primeres catorze setmanes de gestació o per causes mèdiques en diferents setmanes de gestació. Aquesta Llei estipula, a més, un període de reflexió de tres dies un cop rebuda la informació sobre els drets i les prestacions públiques que donen suport a la maternitat.

Així mateix, la llei va determinar que aquesta prestació passés a estar inclosa en la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS) i que l'IVE es realitzés en centres autoritzats per a la pràctica de l'avortament (tant hospitalaris com extrahospitalaris) de la xarxa pública o que hi estiguessin vinculats, d'acord amb el que estableix el Reial decret de 25 de juny del 2010⁸ pel desplegament de la llei.

A Catalunya, per tal de garantir aquesta prestació, el Departament de Salut (DS), juntament amb el Servei Català de la Salut (CatSalut), va preveure la implementació progressiva d'un model d'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs en el qual les dones poguessin accedir a aquest dret amb garanties de qualitat.

En el model d'atenció a l'IVE, destaca la inclusió del mètode farmacològic per a gestacions dins de les set primeres setmanes en l'àmbit de l'atenció primària, en les unitats d'ASSIR (atenció a la salut sexual i reproductiva). Per aquest motiu, el DS va sol·licitar a l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS; actual AQuAS, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya) una revisió de l'eficàcia, la seguretat i l'eficiència de les diferents tècniques d'IVE farmacològica i, especialment, de la que fa referència als quaranta-nou primers dies de gestació.

A Catalunya, l'any 2001 ja s'havia elaborat un protocol sobre IVE farmacològica⁹ en relació amb el tractament de les IVE en el primer trimestre, com a conseqüència de la legalització de l'ús de la mifepristona (RU-486) amb aquesta finalitat, el febrer del 2000¹⁰. Va ser un treball conjunt de professionals diversos de l'àmbit assistencial, de les societats científiques i de l'Administració sanitària. En el protocol, el grup de treball ja advertia de la necessitat de revisar-lo amb periodicitat.

Aquell mateix any i en l'àmbit de la Unió Europea, el Parlament Europeu va aprovar la Resolució 2001/2128 (INI) sobre salut sexual i reproductiva i els drets associats, que constatava les desigualtats entre les dones europees en l'accés als serveis de salut reproductiva, a l'anticoncepció i a l'IVE en funció dels seus ingressos, el seu nivell de renda o el país de residència¹¹.

Actualment l'IVE està regulada legalment i es permet pràcticament a tots els països de la Unió Europea (UE). No obstant això, els requisits establerts són diferents segons el país: l'IVE pot ser sol·licitada sense justificació prèvia a alguns països (Àustria, Dinamarca, Grècia, Holanda, Noruega, Portugal i Suècia). A d'altres, si se certifica que hi ha estat d'angoixa (Alemanya, Bèlgica, França i Suïssa). Un tercer grup són els països on es permet l'avortament en situacions concretes (risc mental o físic de la dona o el fill i raons econòmiques o socials: Regne Unit, Luxemburg, Finlàndia i Itàlia). A Europa el límit establert varia entre les deu i les catorze setmanes de gestació, menys a Holanda i Suècia on el límit és les vint-i-quatre i les divuit setmanes, respectivament¹².

3. Desenvolupament del Protocol de l'IVE farmacològica

En el marc de les polítiques de salut sexual i reproductiva i del model d'atenció a l'IVE, el Departament de Salut (DS) va promoure, el juliol del 2010, la constitució d'un grup de treball per donar impuls a la utilització del mètode farmacològic per a l'IVE fins als 49 dies de gestació, sobre la base del coneixement i l'evidència científica del moment i d'acord amb les recomanacions de l'OMS¹³. Així mateix, es va encarregar un informe a l'AIAQS, sobre l'eficàcia i la seguretat de l'IVE farmacològica fins als 49 dies de gestació.

El document que va elaborar l'AIAQS¹⁴ va concloure que l'IVE farmacològica, amb la combinació de mifepristona i misoprostol, és eficaç, segura i eficient i que, per tant, és una alternativa vàlida i preferible a l'IVE quirúrgica en els primers quaranta-nou dies de gestació, posant en evidència que en el context europeu, l'ús de mifepristona combinada amb misoprostol era la pràctica habitual i amb menys efectes adversos¹⁵. Atès que la proposta de dosis i vies d'administració de mifepristona i misoprostol eren diferents a les descrites en les respectives fitxes tècniques dels medicaments autoritzats, s'havia d'elaborar un protocol, segons posa de manifest la Instrucció del CatSalut 05/2010¹⁶ sobre utilització de medicaments autoritzats en condicions diferents de les establertes en la fitxa tècnica i el Reial decret 1015/2009¹⁷, que regula la disponibilitat de medicaments en situacions especials.

La redacció del protocol de l'IVE farmacològica fins als 49 dies de gestació es va realitzar amb la participació de diversos professionals de l'especialitat de ginecologia i obstetrícia (ginecòlegs i llevadors), d'anestèsia, de farmacologia, d'epidemiologia i psicologia, així com de l'Administració sanitària.

Aquest protocol d'IVE farmacològica va incorporar la prestació del tractament farmacològic per a l'IVE fins als 49 dies en l'àmbit de l'atenció primària a través de les unitats d'ASSIR. També d'acord amb aquest protocol es va elaborar material de suport per a la realització de l'IVE farmacològica (tríptics informatius, equip per a la pauta d'autoadministració i full de recomanacions personalitzat).

El DS va aprovar el protocol d'IVE farmacològica fins als 49 dies de gestació a inicis de l'any 2011, i a continuació, es va procedir a la seva implantació en una prova pilot en cinc centres ASSIR, que van ser acreditats pel DS per a la realització de l'IVE farmacològica. Els professionals d'aquests centres van rebre una formació específica amb la col·laboració de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).

Aquesta prova pilot per la implantació de l'IVE farmacològica va incloure tots els casos on es va atendre la petició de la IVE farmacològica en aquests cinc centres ASSIR, entre el 7 de febrer i el 31 de març de 2011 i posteriorment es va realitzar un informe d'avaluació¹⁸.

L'avaluació d'aquesta primera fase va concloure que els resultats eren satisfactoris, especialment en relació amb l'eficàcia, la seguretat, la finalització quirúrgica i les complicacions. També l'aplicació del protocol va ser satisfactòria des de la percepció de les dones i així com des de la dels professionals. El seguiment del protocol va ser el correcte en un percentatge molt elevat de dones, la gran majoria de les quals van finalitzar el procés havent incorporat un mètode anticonceptiu. Els resultats principals van ser:

- De les 205 IVE realitzades, en 5 casos no es va poder finalitzar el seguiment (2,4% de pèrdua de casos).
- El 90% de les dones van respondre que recomanarien aquest mètode.
- Tant sols en un 2% dels casos no es va produir la interrupció de l'embaràs amb el tractament farmacològic.
- Un 65% de les dones van optar per iniciar una anticoncepció hormonal combinada el mateix dia de la pauta del misoprostol. Un 24,4% van decidir utilitzar preservatiu i un 9,3% altres mètodes. En un 1,0% dels casos no hi havia dades.

Així mateix, la implicació i la qualitat tècnica dels professionals que hi van participar va ser notable, un element clau en el desenvolupament d'aquesta primera fase, i la seva col·laboració va contribuir a l'elaboració de recomanacions per a l'extensió del protocol.

La versió definitiva del protocol es va publicar el novembre del 2011¹⁹.

El mes de juny de 2014, l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) va elaborar un altre informe que revisava l'eficàcia i la seguretat de l'IVE farmacològica fins als 63 dies de gestació (9 setmanes) i també de l'autoadministració a casa de misoprostol²⁰. L'informe va concloure que, segons l'evidència científica disponible, la combinació de mifepristona amb misoprostol és un mètode d'avortament segur i eficaç fins als 63 dies de gestació.

Paral·lelament i basant-se en aquestes conclusions, el DS ha actualitzat i publicat el protocol de la interrupció voluntària de l'IVE farmacològica fins als 63 dies d'embaràs²¹, que amplia l'oferta de l'IVE farmacològica fins a les 9 setmanes de gestació, d'acord amb el que s'estableix a l'informe de l'AQuAS²⁰.

4. Fases del desplegament i implantació

El procés d'implantació de l'IVE farmacològica fins als 49 dies d'embaràs en les unitats d'ASSIR es va fer progressivament a partir del 2011 en l'àmbit del conjunt de l'atenció primària de la xarxa sanitària d'ús públic a Catalunya, i va seguir una sèrie de passos:

1. Incorporació a la cartera de serveis dels sistema públic de salut a Catalunya de la prestació de l'IVE farmacològica (CatSalut).
2. Tramitació de l'acreditació dels centres d'ASSIR de Catalunya per a realitzar l'IVE farmacològica (DS).
3. Formació específica per als professionals dels centres d'ASSIR que havien d'aplicar el protocol l'IVE farmacològica (IES).
4. Presentació del model de prestació de l'IVE farmacològica als sectors sanitaris territorials: regions sanitàries, unitats d'ASSIR, hospitals de la xarxa pública, centres d'atenció primària (DS i CatSalut).
5. Formació dels professionals sanitaris implicats i relacionats amb l'IVE farmacològica en els diferents territoris (IES).
6. Incorporació del dispositiu "061 CatSalut Respon" en la continuïtat assistencial de la prestació de l'IVE farmacològica i formació dels professionals que realitzaven aquesta tasca (IES).
7. Per al desplegament de la Llei a Catalunya, el CatSalut va elaborar la Instrucció 02/2012²² que estableix el model d'atenció i els circuits assistencials que garanteixen la continuïtat assistencial de tots els dispositius sanitaris implicats: atenció primària, ASSIR, 061 CatSalut Respon, clíniques contractades per la realització de l'IVE, serveis de farmàcia, hospitals de la xarxa pública i centres que realitzen activitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva adreçades a la població jove, amb contracte o conveni amb el CatSalut.

5. Situació actual

Actualment, el model assistencial d'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs definit per Catalunya implica a tota la xarxa pública i privada, i defineix la cartera de serveis i el nivell de resolució de cada dispositiu. La Instrucció del CatSalut 2/2012²², va definir la prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs que estableix l'àmbit d'aplicació de la Llei 02/2010. Va ser modificada el 2013²³, i es va actualitzar el circuit de derivació de l'IVE.

Aquest nou model inclou alguna de les actuacions que ja es realitzaven amb anterioritat a la Llei 2/2010, com ara el programa d'anticoncepció d'emergència, per a la prevenció d'embarassos no desitjats a través de tota la xarxa pública, i que a partir del 2009 havia iniciat la seva dispensació a les oficines de farmàcia sense necessitat de recepta²⁴.

Actualment, el dret a la prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits i requisits establerts per aquesta Llei està garantit a través de dues opcions d'accés (pública i privada). El circuit assistencial de l'IVE amb finançament públic s'esquematitza a la figura 1.

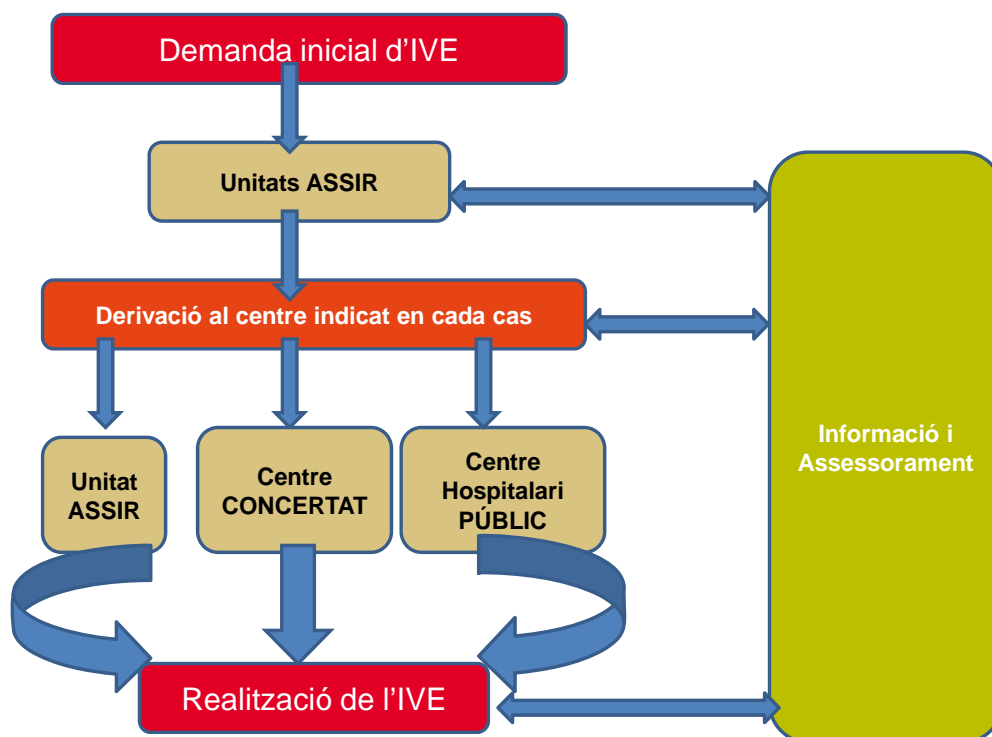
L'accés públic, en el cas de la interrupció voluntària de l'embaràs a petició de la dona, és a través de la unitat d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR). En el cas d'interrupció voluntària de l'embaràs per causes mèdiques, l'atenció es presta preferentment en un centre hospitalari de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de referència, segons requereixi la complexitat del cas.

En l'accés privat, la dona s'adreça directament al centre sanitari autoritzat per a la interrupció voluntària de l'embaràs i és ella qui assumeix el cost de la intervenció.

La demanda inicial d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) ha d'orientar-se sempre a les unitats d'ASSIR de suport a l'atenció primària, des d'on es dona resposta a la sol·licitud d'atenció amb la informació i l'assessorament sobre l'IVE, i es deriva, segons cada cas, al centre més indicat.

Totes les dones que manifestin la intenció de sotmetre's a una IVE han de rebre informació sobre els diferents mètodes d'IVE, les condicions que preveu la Llei, els centres públics i acreditats als quals es poden adreçar, així com de les prestacions i cobertura del servei públic de salut. L'IVE s'ha de realitzar en un centre autoritzat i d'acord amb l'oferta de serveis disponible en el territori. En tots els casos, per a la realització de l'IVE, és necessari el consentiment informat de la dona, un cop ha escollit el mètode d'interrupció amb l'assessorament del professional assistencial.

Figura 1. Esquema resum del circuit assistencial de l'IVE amb finançament públic.



En els casos d'IVE a petició de la dona (article 14 de la Llei orgànica 2/2010) s'ha d'informar sobre els drets, les prestacions i ajudes públiques de suport a la maternitat, en els termes que estableixen els apartats 2 i 4 de l'article 17 de la Llei orgànica 2/2010. La informació ha de ser clara, objectiva i comprensible. S'ha de lliurar un sobre tancat amb la informació impresa sobre ajudes públiques disponibles per a les dones embarassades i la cobertura sanitària durant l'embaràs i el part, els drets laborals vinculats a l'embaràs i a la maternitat, prestacions, beneficis fiscals i l'altra informació rellevant sobre incentius i ajudes al naixement, així com sobre centres disponibles per rebre informació sobre anticoncepció i sexe segur i, finalment, dades sobre els centres en els quals la dona pot rebre voluntàriament assessorament abans i després de l'IVE^{25, 26 i 27}. Han de transcórrer un termini d'almenys tres dies, des que la dona ha estat informada i ha rebut el sobre tancat i la realització de la intervenció.

Si la opció de la dona és l'IVE quirúrgica, les unitats d'ASSIR han de lliurar el full ordinari de derivació per a l'hospital de la xarxa pública o la clínica privada contractada pel Catsalut, sempre indicant la setmana de gestació i la data de l'última menstruació.

En cas d'IVE per causa mèdica fetal, quan no se superin les vint-i-dues setmanes de gestació – article 15 b) de la Llei–, el circuit pot ser una mica diferent. S'ha d'informar la dona per escrit dels drets, prestacions i ajudes públiques existents de suport a les persones discapacitades²⁸. Una vegada la dona rep la informació, es deriva a l'hospital del SISCAT (sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya) preferentment.

En cas d'IVE en què es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida i així consti en un dictamen emès amb anterioritat per un metge o metgessa especialista diferent de qui practica la intervenció, o en què es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic, el servei sanitari que detecta la causa fetal ha d'atendre la dona i derivar-la a l'hospital del SISCAT preferentment i, si el cas ho requereixi, s'activa el comitè clínic, perquè emeti el dictamen corresponent.

La Instrucció 7/2010 del CatSalut²⁹ fa referència a les actuacions en relació amb la implantació en l'àmbit del CatSalut de les previsions relatives al comitè clínic, previst a la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. Posteriorment el DS va publicar dues resolucions en què es constituïa el comitè clínic³⁰ i en què es designava els facultatius que componien aquest comitè³¹.

6. Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs de Catalunya

Totes les interrupcions voluntàries de l'embaràs que es realitzen en els centres sanitaris públics i privats autoritzats de Catalunya³², independentment de quin sigui el lloc de residència de la dona, s'han de declarar al Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) de Catalunya. Aquest registre té la finalitat de proveir dades per a la realització de les estadístiques oficials de la Generalitat de Catalunya i per a estudis epidemiològics segons la normativa catalana (Ordre de 10 de desembre de 1986³³), i a la Llei 12/1989, de 9 de maig, de la funció estadística pública³⁴ i inclou informació de totes les IVE realitzades a Catalunya des de l'any 1987.

Es recullen les dades, de manera anònima, relatives a les característiques de les dones que realitzen una IVE a Catalunya i a les circumstàncies clíniques i procediments de la interrupció, Aquesta informació, amb posterioritat, també forma part de l'estadística d'interrupció voluntària de l'embaràs del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, d'acord amb el procediment establert per la Resolució de 27 de juliol de 2007³⁵ de la *Secretaría General de Sanidad*.

Fins a l'any 2008, la declaració de les dades es realitzava en un qüestionari anònim i confidencial en paper per a cada IVE. El 2008 es va posar en marxa l'aplicació IVE.NET, que permet als centres accedir en línia al Registre d'IVE, de forma segura i garantint la confidencialitat de les dades. També permet detectar errors de manera simultània a l'entrada de les dades. La majoria de centres s'han incorporat progressivament a la declaració en línia i l'any 2013 més del 90% dels centres han realitzat la declaració d'aquesta manera.

La informació estadística es publica en els informes del DS³⁶ i del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*³⁷. Aquests informes inclouen una descripció d'aquesta intervenció agrupada en funció de diferents característiques de les dones o per territori i s'hi pot accedir a través dels llocs web de les dues institucions.

7. Resum de dades estadístiques

El desplegament de la nova oferta del mètode farmacològic per a l'IVE fins als 49 dies d'embaràs a les unitats d'ASSIR de Catalunya, s'ha fet progressivament des de l'any 2011, fins arribar a les 34 unitats d'ASSIR que actualment realitzen aquest mètode d'IVE, segons dades del gener de 2014.

En les taules següents es pot apreciar com ha estat la evolució de la utilització de la interrupció de l'embaràs per mitjans farmacològics, des de la posada en marxa de la nova llei el 2010 i la implantació del procediment a Catalunya el 2011.

Mentre que el nombre d'IVE total s'ha reduït globalment, el de les IVE realitzades amb tractament farmacològic ha augmentat i ja s'utilitza en més d'una quarta part del total de les interrupcions.

El mètode farmacològic és el que s'utilitza en exclusiva als centres ASSIR (tal com estableix l'acreditació) i ja es fa servir en més de la meitat de les interrupcions que es fan als hospitals.

El perfil de les dones que actualment es tracten farmacològicament per a interrompre l'embaràs és una mica diferent de les que se sotmeten a les IVE amb procediment quirúrgic. Les dones del grup d'IVE farmacològic conviuen en parella, i són majoritàriament solteres (però amb més casades que les que se sotmeten a una IVE quirúrgica). Aquestes dones tenen més estudis i hi ha un percentatge més alt d'empresàries i professionals lliberals i estan menys a l'atur. Tenen més fills vius i menys IVE anteriors que les sotmeses a una IVE quirúrgica. Han acudit preferentment a un centre de planificació familiar públic. En relació amb la procedència, hi ha més autòctones que en el grup de les IVE quirúrgiques i quasi el 100% són residents a Catalunya.

Taula 1. Evolució del nombre d'IVE i centres que en realitzen. Catalunya, 2010*- 2013.

	Any			
	2010*	2011	2012	2013
Nombre total d'IVE realitzades a Catalunya	24.305	22.614	21.956	22.083
Nombre d'IVE-TF**	101	1.261	4.638	6.380
Percentatge d'IVE farmacològiques (mifepristona i misoprostol)	0,4	5,6	21,1	28,9
Nombre total de centres que realitzen IVE	34	57	69	75
Nombre d'unitats d'ASSIR	0	19	31	34

* El 2010 encara no estava implantada l'IVE farmacològica (combinació de mifepristona i misoprostol). L'IVE farmacològica fa referència a la RU-486.

**IVE-TF: IVE farmacològiques (combinació de mifepristona i misoprostol).

Taula 2. Evolució de les IVE segons el mètode i el tipus de centre. Catalunya, 2010*- 2013.

	IVE segons el mètode	Any							
		2010*		2011		2012		2013	
Tipus de centre		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Centres hospitalaris	Nombre d'IVE-TF**	5	0,7	44	4,7	424	45,1	1.155	63,0
	Nombre d'IVE- altres mètodes	764	99,3	885	95,3	517	54,9	677	37,0
	Total	769	100,0	929	100,0	941	100,0	1.832	100,0
Centres extrahospitalaris	Nombre d'IVE-TF**	96	0,4	5	0,0	54	0,3	76	0,5
	Nombre d'IVE- altres mètodes	23.440	99,6	20.468	100,0	16.801	99,7	15.021	99,5
	Total	23.536	100,0	20.473	100,0	16.855	100,0	15.097	100,0
Unitats d'ASSIR	Nombre d'IVE-TF**	0	0	1.212	100,0	4.160	100,0	5.149	99,9
	Nombre d'IVE- altres mètodes	0	0	0	0	0	0	5	0,1
	Total	0	0	1.212	100,0	4.160	100,0	5.154	100,0

* El 2010 encara no estava implantada l'IVE farmacològica (combinació de mifepristona i misoprostol). L'IVE farmacològica fa referència a la RU-486.

**IVE-TF: IVE farmacològiques (combinació de mifepristona i misoprostol).

8. Referències bibliogràfiques

1. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22. May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004. Disponible a: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12.en.pdf
2. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible a: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/
3. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632. Disponible a : <http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/36/379-9816/pdf/1-s2.0-S0140673611617868-main.pdf>
4. Access to safe and legal abortion in Europe, Strasbourg, Council of Europe, 2008. Disponible a: http://eclj.org/PDF/080400_ECLJ_Memo_Access_to_Safe_and_Legal_Abortion_in_Europe_doc_11537.pdf
5. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud. Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
6. Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol, de reforma de l'article 417 bis del Codi penal. BOE 1985;(166):22041. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/07/12/pdfs/A22041-22041.pdf>
7. Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. BOE 2010;(55):1-14. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
8. Reial decret 825/2010, de 25 de juny, de desplegament parcial de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. BOE 2009;(155):1-5. Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2010/06/26/pdfs/BOE-A-2010-10153-C.pdf
9. Avortament farmacològic amb RU-486 (mifepristona) en el primer trimestre de l'embaràs. Protocol d'ús. Generalitat de Catalunya, maig de 2001.
10. Mifegyne 200 mg comprimidos. Ficha técnica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. Disponible a: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=62728&formato=pdf&formulario=FICHAS>
11. Resolució del Parlament Europeu sobre salut sexual i reproductiva i els drets en aquesta matèria (2001/2128(INI)). Disponible a: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+XML+V0//ES>
12. Abortion in Europe. *Entre Nous*. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. 2005;59. Disponible a: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/69763/en59.pdf

13. Progress in Sexual and Reproductive Health Research WHO Núm. 75. 2007.
14. Sunyer B, Sola-Morales O. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:
http://aguas.gencat.cat/web/content/minisite/aguas/publicacions/2011/pdf/ive_farmacologica_aiags2011ca.pdf
15. Kahn JG, Becker BJ, Maclsa L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. Contraception. 2000; 61(1):29-40.
16. CatSalut. Instrucció 05/2010. Utilització de medicaments autoritzats en condicions diferents de les establertes en la fitxa tècnica. CatSalut, octubre 2010. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_05_2010.pdf
17. Reial decret 1015/2009, de 19 de juny, pel qual es regula la disponibilitat de medicaments en situacions especials. BOE 2009;(174): 60904-13. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/07/20/pdfs/BOE-A-2009-12002.pdf>
18. Avaluació de la primera fase d'implantació de les recomanacions del Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, novembre de 2011. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/avaluacio_protocol_ive2011.pdf
19. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica. Fins als 49 dies d'embaràs. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, novembre de 2011. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/10_interrupcio_voluntaria_de_l'embaras/documents/ivefarma2011.pdf
20. Sunyer B, Catalan A. Mifepristona (Mifegyne®) en la interrupció farmacològica de l'embaràs intrauterí en ús seqüencial amb un anàleg de prostaglandina, fins als 63 dies d'amenorrea. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. Disponible a:
http://aguas.gencat.cat/web/content/minisite/aguas/publicacions/2014/pdf/mifepristona_interrupcio_embaras_aguas2014ca.pdf
21. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, juny de 2014. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/protocol_def_63.pdf
22. CatSalut. Instrucció 02/2012. Prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs en l'àmbit del CatSalut. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_02-2012.pdf

23. CatSalut. Instrucció 02/2013. Modificació de les instruccions 08/1995, 04/2003 i 02/2012 del CatSalut. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_02-2013.pdf
24. CatSalut. Instrucció 03/2009. Programa d'anticoncepció d'emergència del CatSalut. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Anticoncepcio_d_emergencia/documents/arxius/instruccio%2003_2009_CatSalut.pdf
25. Requisit d'informació per a dones de setze i disset anys. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/pdf/requisit1617.pdf
26. Drets, ajudes sanitàries i prestacions per l'embaràs, el part i el postpart [tríptic]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z//Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/ive14cat_2011.pdf
27. Interrupció voluntària farmacològica de l'embaràs [tríptic]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z//Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/ive_farmacologicinov11.pdf
28. Drets, ajudes sanitàries i prestacions a les persones amb discapacitat [tríptic]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z//Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/ive15cat_2011.pdf
29. CatSalut. Instrucció 07/2010. Actuacions en relació amb la implantació en l'àmbit de del CatSalut, de les previsions relatives al comitè clínic previst a la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. CatSalut, octubre 2010. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_07_2010.pdf
30. Resolució SLT/2260/2010, de 5 de juliol, de designació de les persones facultatives que componen el comitè clínic previst per l'article 15.c) de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/pdf/ivecoclinic.pdf
31. Resolució SLT/3681/2010, de 4 de novembre, per la qual es constitueix un comitè clínic d'acord amb l'article 15.c) de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, amb seu a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/Resolucio_SLT_3681_2010.pdf

32. Ordre de 17 de novembre de 1992, per la qual es regula l'acreditació dels centres i establiments sanitaris on es realitzin pràctiques d'avortament en els supòsits a què es refereix la Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol, de reforma del Codi penal. DOGC 1992;(1682):7163-4. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?action=fitxa&documentId=75109&languageFitxa=ca_ES&newLang=ca_ES
33. Ordre de 10 de desembre de 1986, per la qual es disposa el procediment de recollida de dades relatives a les interrupcions voluntàries de l'embaràs dutes a terme de conformitat amb la Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol. DOGC 1986;(779):4253. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?action=fitxa&documentId=22244&languageFitxa=ca_ES&newLang=ca_ES
34. Llei 12/1989, de 9 de maig, de la Funció Estadística Pública. BOE 1989;(112):14026-35. Disponible a:
<https://www.boe.es/boe/dias/1989/05/11/pdfs/A14026-14035.pdf>
35. RESOLUCIÓN de 27 de julio de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. BOE 2007;(194):34749-50. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/08/14/pdfs/A34749-34750.pdf>
36. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut [Internet]. Interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras_ive
37. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>