
Proceso de desarrollo de la IVE farmacológica en Cataluña

Director general de Planificación e Investigación en Salud

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificación Sanitaria

Ricard Tresserras i Gaju

Subdirección General de la Cartera de Servicios y el Mapa Sanitario

Ignasi Arbusà i Gusi

Redactores

Carme Ollé Rodríguez. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud

Roser Bosser Giralt. Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud

Neus Prat Puigpelat. ASSIR Costa Ponent

Carme Coll Capdevila. ASSIR Barcelonès Nord i Maresme

Pilar Magrinyà Rull. División de Evaluación y Planificación Operativa de Servicios, CatSalut

Rosa Gispert Magarolas. Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud

Agradecimientos: 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 y Eva Vela.

Referencia recomendada: Ollé C., Bosser R., Prat N., Coll C., Magrinyà P., Gispert R. Proceso de desarrollo de la IVE farmacológica en Cataluña. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, octubre de 2014

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, Dirección General de Planificación e Investigación en Salud



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 de Creative Commons.

La licencia se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita: Dirección General de Planificación e Investigación en Salud

Asesoramiento lingüístico: Sección de Planificación Lingüística. Departamento de Salud

Sumario

1. Introducción	4
2. Antecedentes	5
3. Desarrollo del protocolo de la IVE farmacológica	6
4. Fases del desarrollo e implantación	8
5. Situación actual.....	9
6. Registro de interrupción voluntaria del embarazo de Cataluña	11
7. Resumen de datos estadísticos.....	13
8. Referencias bibliográficas.....	16

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Esquema-resumen del circuito asistencial de la IVE con financiación pública.....	10
Tabla 1. Evolución del número de IVE y centros que la realizan. Cataluña, 2010*-2013.....	14
Tabla 2. Evolución de las IVE según el método y el tipo de centro. Cataluña, 2010*-2013	15

1. Introducción

Tal como establece la estrategia de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para acelerar la consecución de los objetivos establecidos en la Asamblea Mundial de la Salud de 2004 (Objetivos del milenio) debe abordarse el tema del aborto, principalmente el que se produce de manera insegura, dada su implicación directa en la mejora de la salud materna, así como en otros aspectos del desarrollo social.¹ Existe un amplio consenso a la hora de afirmar que en los lugares donde las leyes y las políticas públicas permiten la realización de un aborto con indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro se reducen a niveles mínimos.² También es sabido que tanto si la ley restringe el aborto como si no, la probabilidad de que una mujer se someta a un aborto por un embarazo no deseado es prácticamente la misma.³

Numerosas declaraciones y resoluciones de distintos países, principalmente los desarrollados, establecen la importancia del acceso legal y seguro al aborto y, en la mayor parte de ellos, se establecen condiciones amplias (salud física y psíquica de la madre, enfermedades y malformaciones del feto y causas sociales) para poder acceder a este.⁴ Asimismo, la OMS publica regularmente estudios y actualizaciones sobre métodos, técnicas y estrategias de política sanitaria para favorecer la consecución de la mejora de la salud sexual y reproductiva que incluye de manera muy destacada el tema del aborto seguro.⁵

En su última publicación relacionada con este tema⁵ se reconoce que la ampliación de la disponibilidad de los métodos médicos seguros y eficaces (como la mifepristona y el misoprostol) y su uso correcto son una gran oportunidad para las mujeres, para los profesionales de la salud y para la planificación y la dirección de programas de salud sexual y reproductiva, dado que estos tratamientos forman parte del sistema de salud. Entre sus recomendaciones, la OMS establece que los principios subyacentes en el proceso de mejora del acceso y la calidad de la atención al aborto deben incluir: que esté dirigido desde dentro del propio sistema sanitario nacional, que esté basado en la evidencia, que se trate de un proceso inclusivo de múltiples perspectivas, que sea participativo y que contemple la equidad, así como la ausencia de discriminación, que esté basado en objetivos de salud y derechos humanos y, sobre todo, centrado en el sistema sanitario.

Todas estas recomendaciones y características se encuentran en el proyecto que se presenta en este documento, un proyecto que se ha desarrollado e implantado íntegramente en Cataluña para mejorar la calidad de la atención del aborto y, en definitiva, la de la salud de las mujeres, que son sus principales destinatarias.

2. Antecedentes

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se reguló por primera vez en España en 1985,⁶ en los tres supuestos autorizados en el Código penal vigente en ese momento:

- Riesgo para la vida o salud de la mujer embarazada.
- Presunción de defectos del feto (hasta las 22 semanas de gestación).
- Violación (hasta las 12 semanas de gestación).

El 5 de julio de 2010 entró en vigor la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.⁷ Los plazos y motivos autorizados pasaron a ser los siguientes:

- A petición de la mujer (hasta las 14 semanas de gestación).
- Riesgo para la vida o la salud de la embarazada / graves anomalías en el feto (hasta las 22 semanas de gestación).
- Anomalías fetales incompatibles con la vida / feto con enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

La publicación de esta nueva ley (LO 2/2010, de 3 de marzo) supuso un gran cambio en el sistema sanitario, ya que permitió que la IVE pudiera realizarse a petición de la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación o por causas médicas en diferentes semanas de gestación. Esta Ley estipula, además, un período de reflexión de tres días una vez recibida la información sobre los derechos y las prestaciones públicas que apoyan la maternidad.

Asimismo, la Ley determinó que esta prestación pasara a estar incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que la IVE se realizara en centros autorizados para la práctica del aborto (tanto hospitalarios como extrahospitalarios) de la red pública o que estuvieran vinculados, de acuerdo con lo establecido en el Real decreto de 25 de junio de 2010⁸ de desarrollo de la Ley.

En Cataluña, con el fin de garantizar esta prestación, el Departamento de Salud (DS), junto con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), previó la implementación progresiva de un modelo de atención a la interrupción voluntaria del embarazo en el que las mujeres pudieran acceder a este derecho con garantías de calidad.

En el modelo de atención a la IVE, destaca la inclusión del método farmacológico para gestaciones dentro de las siete primeras semanas en el ámbito de la atención primaria, en las unidades de ASSIR (atención a la salud sexual y reproductiva). Por este motivo, el DS solicitó a la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS; actual AQuAS, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña) una revisión de la eficacia, la seguridad y la eficiencia de las diferentes técnicas de IVE farmacológica y, especialmente, de la que se realiza a los 49 primeros días de gestación.

En Cataluña, en el año 2001 ya se había elaborado un protocolo sobre IVE farmacológica⁹ en relación con el tratamiento de las IVE en el primer trimestre, como consecuencia de la legalización del uso de la mifepristona (RU-486) con este fin en febrero del 2000.¹⁰ Fue un trabajo conjunto de distintos profesionales del ámbito asistencial, de las sociedades científicas y de la Administración sanitaria. En el protocolo, el grupo de trabajo ya advertía de la necesidad de revisarlo con periodicidad.

Ese mismo año, y en el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128 (INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, que constataba las desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la IVE en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.¹¹

Actualmente, la IVE está regulada legalmente y se permite prácticamente en todos los países de la Unión Europea. Sin embargo, los requisitos establecidos son diferentes según el país: la IVE puede ser solicitada sin justificación previa en algunos países (Austria, Dinamarca, Grecia, Holanda, Noruega, Portugal y Suecia). En otros, si se certifica que hay estado de angustia (Alemania, Bélgica, Francia y Suiza). Un tercer grupo son los países donde se permite el aborto en situaciones concretas: riesgo mental o físico de la mujer o el hijo y razones económicas o sociales (Reino Unido, Luxemburgo, Finlandia e Italia). En Europa el límite establecido varía entre las diez y las catorce semanas de gestación, menos en Holanda y Suecia donde el límite son las veinticuatro y las dieciocho semanas, respectivamente.¹²

3. Desarrollo del protocolo de la IVE farmacológica

En el marco de las políticas de salud sexual y reproductiva, así como del modelo de atención a la IVE, el DS promovió, en julio de 2010, la constitución de un grupo de trabajo para impulsar la utilización del método farmacológico para la IVE hasta los 49 días de gestación, sobre la base del conocimiento y la evidencia científica del momento y de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.¹³ Asimismo, se encargó un informe a la AIAQS sobre la eficacia y la seguridad de la IVE farmacológica hasta los 49 días de gestación.

El documento que elaboró la AIAQS¹⁴ puso de manifiesto que la IVE farmacológica, con la combinación de mifepristona y misoprostol, es eficaz, segura y eficiente y que, por tanto, es una alternativa válida y preferible a la IVE quirúrgica en los primeros 49 días de gestación, poniendo en evidencia que, en el contexto europeo, el uso de mifepristona combinada con misoprostol era la práctica habitual y con menos efectos adversos.¹⁵ Dado que la propuesta de dosis y vías de administración de mifepristona y misoprostol eran diferentes a las descritas en las respectivas fichas técnicas de los medicamentos autorizados, se tenía que elaborar un protocolo, según pone de manifiesto la Instrucción del CatSalut 05/2010¹⁶ sobre la utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en la ficha técnica y el

Real decreto 1015/2009,¹⁷ que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

La redacción del protocolo de la IVE farmacológica hasta los 49 días de gestación se realizó con la participación de varios profesionales de las especialidades de ginecología y obstetricia (ginecólogos y comadrones), de anestesia, de farmacología, de epidemiología y psicología, así como de la Administración sanitaria.

Este protocolo de la IVE farmacológica incorporó la prestación del tratamiento farmacológico para la IVE hasta los 49 días en el ámbito de la atención primaria a través de las unidades de ASSIR. También, de acuerdo con este protocolo, se elaboró material de apoyo para la realización de la IVE farmacológica (trípticos informativos, equipo para la pauta de autoadministración y hoja de recomendaciones personalizada).

El DS aprobó el protocolo de la IVE farmacológica hasta los 49 días de gestación a principios del año 2011, y a continuación, se procedió a su implantación en una prueba piloto en cinco centros de ASSIR, que fueron acreditados por el DS para la realización de la IVE farmacológica. Los profesionales de estos centros recibieron una formación específica con la colaboración del Instituto de Estudios de la Salud (IES).

Esta prueba piloto para la implantación de la IVE farmacológica incluyó todos los casos donde se atendió la petición de la IVE farmacológica en estos cinco centros de ASSIR, entre el 7 de febrero y el 31 de marzo de 2011, y posteriormente se realizó un informe de evaluación.¹⁸

La evaluación de esta primera fase concluyó que los resultados eran satisfactorios, especialmente en relación con la eficacia, la seguridad, la finalización quirúrgica y las complicaciones. También la aplicación del protocolo fue satisfactoria desde la percepción de las mujeres, así como desde la de los profesionales. El seguimiento del protocolo fue el correcto en un porcentaje muy elevado de mujeres, de las cuales la gran mayoría finalizó el proceso habiendo incorporado un método anticonceptivo. Los principales resultados fueron los siguientes:

- De las 205 IVE realizadas, en 5 casos no se pudo finalizar el seguimiento (2,4% de pérdida de casos).
- El 90% de las mujeres respondieron que recomendarían este método.
- Solo en un 2 % de los casos no se produjo la interrupción del embarazo con el tratamiento farmacológico.
- Un 65% de las mujeres optaron por iniciar una anticoncepción hormonal combinada el mismo día de la pauta del misoprostol. Un 24,4% decidieron utilizar preservativo y un 9,3% otros métodos. En un 1% de los casos no había datos.

Asimismo, la implicación y la calidad técnica de los profesionales que participaron fue notable, un elemento clave en el desarrollo de esta primera fase, y su colaboración contribuyó a la elaboración de recomendaciones para la extensión del protocolo.

La versión definitiva del protocolo se publicó en noviembre del 2011.¹⁹

En junio de 2014, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) elaboró otro informe que revisaba la eficacia y la seguridad de la IVE farmacológica hasta los 63 días de gestación (9 semanas) y también de la autoadministración en casa de misoprostol.²⁰ El informe concluyó que, según la evidencia científica disponible, la combinación de mifepristona con misoprostol es un método de aborto seguro y eficaz hasta los 63 días de gestación.

Paralelamente, y basándose en estas conclusiones, el DS ha actualizado y publicado el protocolo de la IVE farmacológica hasta los 63 días de embarazo,²¹ que amplía la oferta de la IVE farmacológica hasta las 9 semanas de gestación, de acuerdo con lo establecido en el informe del AQuAS²⁰.

4. Fases del desarrollo e implantación

El proceso de implantación de la IVE farmacológica hasta los 49 días de embarazo en las unidades de ASSIR se hizo progresivamente a partir de 2011 en el ámbito de la atención primaria de la red sanitaria de uso público en Cataluña. Se siguieron los siguientes pasos:

1. Incorporación de la prestación de la IVE farmacológica (CatSalut) en la cartera de servicios del sistema público de salud en Cataluña.
2. Tramitación de la acreditación de los centros de ASSIR de Cataluña para realizar la IVE farmacológica (DS).
3. Formación específica para los profesionales de los centros de ASSIR que debían aplicar el protocolo de la IVE farmacológica (IES).
4. Presentación del modelo de prestación de la IVE farmacológica en los sectores sanitarios territoriales: regiones sanitarias, unidades de ASSIR, hospitales de la red pública, centros de atención primaria (DS y CatSalut).
5. Formación de los profesionales sanitarios implicados y relacionados con la IVE farmacológica en los diferentes territorios (IES).
6. Incorporación del dispositivo 061 CatSalut Respon en la continuidad asistencial de la prestación de la IVE farmacológica y formación de los profesionales que realizaban esta tarea (IES).
7. Para el desarrollo de la Ley en Cataluña, el CatSalut elaboró la Instrucción 02/2012²² que establece el modelo de atención y los circuitos asistenciales que garantizan la continuidad asistencial de todos los dispositivos sanitarios implicados: atención primaria, ASSIR, 061 CatSalut Respon, clínicas contratadas para la realización de la IVE, servicios de farmacia,

hospitales de la red pública y centros que realizan actividades de atención a la salud sexual y reproductiva dirigidas a la población joven, con contrato o convenio con el CatSalut.

5. Situación actual

Actualmente, el modelo asistencial de atención a la interrupción voluntaria del embarazo definido por Cataluña implica a toda la red pública y privada, y define la cartera de servicios y el nivel de resolución de cada dispositivo. La Instrucción del CatSalut 2/2012²² definió la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo que establece el ámbito de aplicación de la Ley 02/2010. Fue modificada en 2013²³ y se actualizó el circuito de derivación de la IVE.

Este nuevo modelo incluye algunas de las actuaciones que ya se realizaban con anterioridad a la Ley 2/2010, como el programa de anticoncepción de emergencia, para la prevención de embarazos no deseados a través de toda la red pública, y que a partir de 2009 había iniciado su dispensación en las oficinas de farmacia sin necesidad de receta.²⁴

Actualmente, el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y requisitos establecidos por esta Ley está garantizado a través de dos opciones de acceso: pública y privada. El circuito asistencial de la IVE con financiación pública se esquematiza en la figura 1.

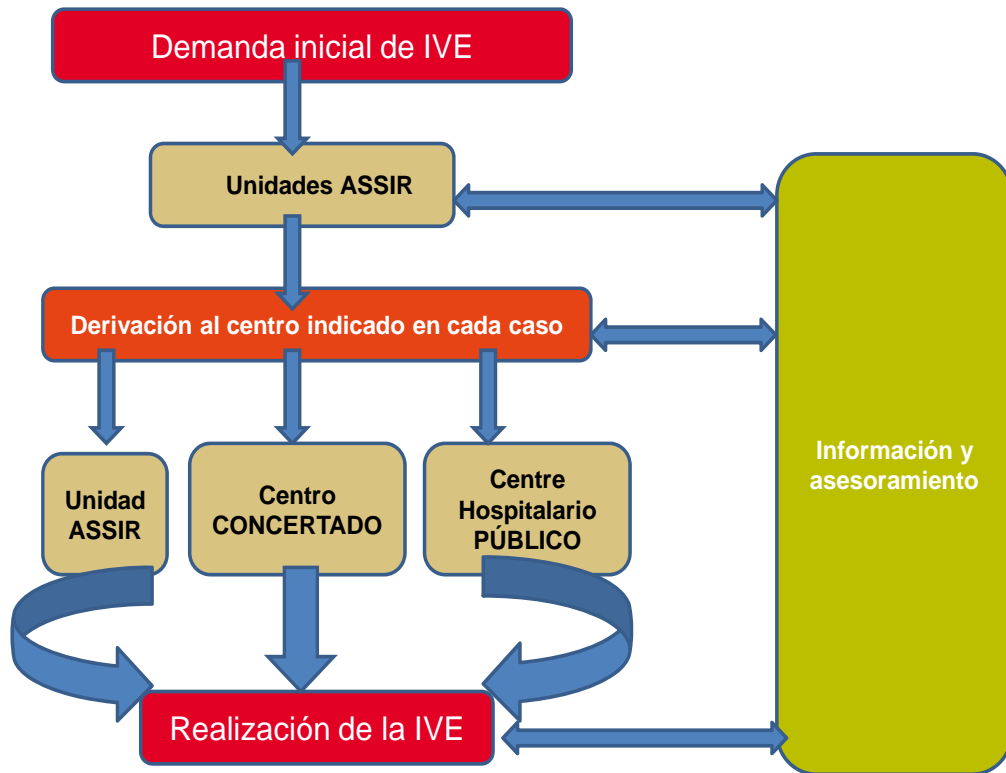
El acceso público, en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer, se efectúa a través de la unidad ASSIR. En el caso de interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas, la atención se presta preferentemente en un centro hospitalario de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) de referencia, según requiera la complejidad del caso.

En el caso del acceso privado, la mujer se dirige directamente al centro sanitario autorizado para la interrupción voluntaria del embarazo y es ella quien asume el coste de la intervención.

La demanda inicial de IVE debe orientarse siempre a las unidades de ASSIR de apoyo a la atención primaria, desde donde se da respuesta a la solicitud de atención con la información y el asesoramiento sobre la IVE, y se deriva, según cada caso, al centro más indicado.

Todas las mujeres que manifiesten la intención de someterse a una IVE deben recibir información sobre los diferentes métodos, las condiciones previstas en la Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueden dirigir, así como las prestaciones y cobertura del servicio público de salud. La IVE debe realizarse en un centro autorizado y de acuerdo con la oferta de servicios disponible en el territorio. En todos los casos, para la realización de la IVE, es necesario el consentimiento informado de la mujer, una vez ha escogido el método de interrupción con el asesoramiento del profesional asistencial.

Figura 1. Esquema-resumen del circuito asistencial de la IVE con financiación pública.



En los casos de IVE a petición de la mujer (artículo 14 de la Ley orgánica 2/2010) se informará sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos establecidos en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de la Ley orgánica 2/2010. La información debe ser clara, objetiva y comprensible. Se entregará un sobre cerrado con la información impresa sobre ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto, los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad, prestaciones, beneficios fiscales, además de otra información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento, así como sobre los centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro y, finalmente, datos sobre los centros en los que la mujer puede recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la IVE.^{25 26 27} Debe transcurrir un plazo de al menos tres días desde que la mujer ha sido informada y ha recibido el sobre cerrado y la realización de la intervención.

Si la opción elegida por la mujer es la IVE quirúrgica, las unidades de ASSIR deben entregar la hoja ordinaria de derivación para el hospital de la red pública o la clínica privada contratada por el CatSalut, donde se deberá indicar siempre la semana de gestación y la fecha de la última menstruación.

En caso de IVE por causa médica fetal, cuando no se superen las veintidós semanas de gestación —artículo 15 b) de la Ley—, el circuito puede ser un poco diferente. Se informará a la mujer por escrito de los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a las personas discapacitadas.²⁸ Una vez la mujer recibe la información, se la deriva preferentemente al hospital del SISCAT (Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña).

En los casos de IVE en que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista distinto del que practique la intervención, o en que se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y así lo confirme un comité clínico, el servicio sanitario que detecta la causa fetal debe atender a la mujer y derivarla al hospital del SISCAT preferentemente y, si el caso lo requiere, activar el comité clínico para que emita el dictamen correspondiente.

La Instrucción 7/2010 del CatSalut²⁹ hace referencia a las actuaciones en relación con la implantación en el ámbito del CatSalut de las previsiones relativas al comité clínico, previsto en la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Posteriormente, el DS publicó dos resoluciones en que se constituía el comité clínico³⁰ y en las que se designaba a los facultativos que componían dicho comité.³¹

6. Registro de interrupción voluntaria del embarazo de Cataluña

Todas las interrupciones voluntarias del embarazo que se realizan en los centros sanitarios públicos y privados autorizados de Cataluña,³² independientemente de cuál sea el lugar de residencia de la mujer, se declararán en el Registro de interrupción voluntaria del embarazo. Dicho registro tiene la finalidad de proveer datos para la realización de las estadísticas oficiales de la Generalitat de Cataluña y para estudios epidemiológicos según la normativa catalana (Orden de 10 de diciembre de 1986)³³ y la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la función estadística pública³⁴ e incluye información de todas las IVE realizadas en Cataluña desde el año 1987.

Se recogen los datos, de manera anónima, relativos a las características de las mujeres que realizan una IVE en Cataluña y a las circunstancias clínicas y procedimientos de la interrupción. Esta información, con posterioridad, también forma parte de la estadística de interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de acuerdo

con el procedimiento establecido por la Resolución de 27 de julio de 2007³⁵ de la Secretaría General de Sanidad.

Hasta el año 2008, la declaración de los datos se realizaba en un cuestionario anónimo y confidencial en papel para cada IVE. En 2008 se puso en marcha la aplicación IVE.NET, que permite a los centros acceder en línea al registro de IVE, de forma segura y garantizando la confidencialidad de los datos. También permite detectar errores en el momento en que se realiza la introducción de los datos. La mayoría de los centros se han incorporado progresivamente a la declaración en línea y en el año 2013 más del 90% de los centros han realizado la declaración de esta manera.

La información estadística se publica en los informes del DS³⁶ y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.³⁷ Estos informes incluyen una descripción de esta intervención agrupada en función de las diferentes características de las mujeres o por territorio y se puede acceder a ellos a través de los sitios web de las dos instituciones.

7. Resumen de datos estadísticos

El despliegue de la nueva oferta del método farmacológico para la IVE hasta los 49 días de embarazo en las unidades de ASSIR de Cataluña se ha realizado progresivamente desde el año 2011, hasta llegar a las 34 unidades de ASSIR que actualmente realizan este método de IVE, según datos de enero de 2014.

En las siguientes tablas se puede apreciar cómo ha sido la evolución de la utilización de la interrupción del embarazo por medios farmacológicos, desde la puesta en marcha de la nueva Ley en 2010 y la implantación del procedimiento en Cataluña en 2011.

Mientras que el número de IVE total se ha reducido globalmente, el de las IVE realizadas con tratamiento farmacológico ha aumentado y ya se utiliza en más de una cuarta parte del total de las interrupciones.

El método farmacológico es el que se utiliza en exclusiva en los centros de ASSIR (tal como establece la acreditación) y ya se utiliza en más de la mitad de las interrupciones que se realizan en los hospitales.

El perfil de las mujeres que actualmente se tratan farmacológicamente para interrumpir el embarazo es un poco diferente de las que se someten a las IVE con procedimiento quirúrgico. Las mujeres del grupo de IVE farmacológica conviven en pareja, y son en su mayoría solteras (pero con mayor porcentaje de casadas que las que se someten a una IVE quirúrgica). Estas mujeres tienen más estudios y hay un mayor porcentaje de empresarias y profesionales liberales y están menos en el paro. Tienen más hijos vivos y menos IVE anteriores que las sometidas a una IVE quirúrgica. Han acudido preferentemente a un centro de planificación familiar público. En relación con la procedencia, hay más autóctonas que en el grupo de las IVE quirúrgicas y casi el 100% son residentes en Cataluña.

Tabla 1. Evolución del número de IVE y centros que la realizan. Cataluña, 2010*- 2013

	Año			
	2010*	2011	2012	2013
Número total de IVE realizadas en Cataluña	24.305	22.614	21.956	22.083
Número de IVE-TF**	101	1.261	4.638	6.380
Porcentaje de IVE farmacológicas (mifepristona y misoprostol)	0,4	5,6	21,1	28,9
Número total de centros que realizan IVE	34	57	69	75
Número de unidades de ASSIR	0	19	31	34

* En 2010 aún no estaba implantada la IVE farmacológica (combinación de mifepristona y misoprostol). La IVE farmacológica hace referencia a la RU-486.

**IVE-TF: IVE farmacológicas (combinación de mifepristona y misoprostol).

Tabla 2. Evolución de las IVE según el método y el tipo de centro. Cataluña, 2010*- 2013

		Año							
		2010*		2011		2012		2013	
Tipo de dentro	IVE según el método	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Centros hospitalarios	Número de IVE-TF**	5	0,7	44	4,7	424	45,1	1.155	63,0
	Número de IVE-otros métodos	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
Centros extrahospitalarios	Número de IVE-TF**	96	0,4	5	0,0	54	0,3	76	0,5
	Número de IVE-otros métodos	23.440	99,6	20.463	100,0	16.801	99,7	15.021	99,5
	Total	23.536	100,0	20.468	100,0	16.855	100,0	15.097	100,0
Unidades de ASSIR	Número de IVE-TF**	0	0	1.212	99,6	4.160	100,0	5.149	99,9
	Número de IVE-otros métodos	0	0	5	0,4	0	0	5	0,1
	Total	0	0	1.217	100,0	4.160	100,0	5.154	100,0

* En 2010 aún no estaba implantada la IVE farmacológica (combinación de mifepristona y misoprostol). La IVE farmacológica hace referencia a la RU-486.

**IVE-TF: IVE farmacológicas (combinación de mifepristona y misoprostol).

8. Referencias bibliográficas

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 en: 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 en: 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 ;379:625-32. Disponible en: <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 en: 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. 2a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
6. Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código penal. BOE 1985;(166):22041. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/07/12/pdfs/A22041-22041.pdf>
7. Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE 2010;(55):1-14. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
8. Real decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE 2009;(155):1-5. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/26/pdfs/BOE-A-2010-10153.pdf>
9. Avortament farmacològic amb RU-486 (mifepristona) en el primer trimestre de l'embaràs. Protocol d'ús. Barcelona: Generalitat de Catalunya; mayo 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 en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verPresentaciones&codigo=62728>
11. Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128 (INI)). Disponible en: <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 en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69763/en59.pdf
13. Maurice JM. Progress in sexual and reproductive health research, no. 75. Geneva: World Health Organization; 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 en: 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 en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_05_2010.pdf
17. Real decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. BOE 2009;(174):1-5): 60904-13. Disponible en: <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 en: 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 l'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica: fins els 49 dies d'embaràs. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; novembre de 2011. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/10_interrupcio_voluntaria_de_lembaras/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 en: 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. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; juny de 2014. Disponible en: 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 en: 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 en:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxius/instruccio_02-2013.pdf
24. CatSalut. Instrucció 03/2009. Programa de anticoncepció de emergència del CatSalut. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Anticoncepcio_d_emergencia/documents/arxius/instruccio%2003_2009_CatSalut.pdf
25. Document que acredita el compliment del requisit d'informació previst a l'apartat quart de l'article 13 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs per a dones de 16 i 17 anys. Disponible en:
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 [tríptico]. Disponible en:
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 [tríptico]. Disponible en:
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_farmacologicnov11.pdf
28. Drets, ajudes sanitàries i prestacions a les persones amb discapacitat [tríptico]. Disponible en:
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 del CatSalut, de les previsions relatives al comitè clínic previst en la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. CatSalut; octubre 2010. Disponible en:
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/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 en:
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 en:
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 en:
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 realitzades de conformitat amb la Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol. DOGC 1986;(779):4253. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?action=fitxa&documentId=22244&languageFitxa=ca_ES&newLang=ca_ES
34. Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la función estadística pública. BOE 1989;(112):14026-35. Disponible en:
<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 en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/08/14/pdfs/A34749-34750.pdf>
36. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Interrupció voluntària de l'embaràs. Disponible en:
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]. Interrupciones voluntarias del embarazo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>