



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Anatomía Patológica, Microbiología,
Medicina Preventiva y Salud Pública
y Medicina Legal y Forense**

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Medicina

EVOLUCIÓN DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES RESIDENTES EN CASTILLA Y LEÓN

**Autor: Adrián Rodríguez Ramiro
Tutora: Gema Ruiz López del Prado
Año 2024/2025**

RESUMEN

La **interrupción voluntaria del embarazo** (IVE) es un tema clave en salud pública, que evidencia el acceso a servicios reproductivos y refleja cambios psicosociales, culturales y legales en la sociedad.

Metodología y objetivos: estudio observacional transversal descriptivo para analizar la evolución de las IVE en mujeres en Castilla y León (CyL) entre los años 2010 y 2022. Se estudiaron variables demográficas, socioeconómicas y de salud reproductiva a partir de datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y la Junta de CyL.

Resultados: CyL presenta tasas entre un 30% y 50% más bajas que media nacional. La mayoría de los casos se concentran en las provincias más pobladas, con un 19,35 % de derivaciones a otras comunidades. Un 54% son financiadas públicamente. Predominan mujeres jóvenes, con estudios, ingresos propios, que viven en pareja y no tienen hijos. La mayoría utiliza anticonceptivos, aunque no siempre de manera habitual. El principal motivo de la IVE es la decisión libre de la mujer, realizándose en su mayoría antes de la semana 9 de gestación.

Conclusión: Estudiar la evolución de las IVE permite orientar intervenciones y políticas que mejoren el acceso equitativo a la salud reproductiva.

Palabras clave: IVE, Salud reproductiva, Desigualdad territorial, Derechos sexuales y reproductivos, Políticas sanitarias

ABSTRACT

Voluntary interruption of pregnancy (VIP) is a key public health issue, reflecting access to reproductive services and societal psychosocial, cultural, and legal changes.

Methodology and objectives: Descriptive cross-sectional observational study to analyze the evolution of VTPs in women in Castilla y León (CyL) between 2010 and 2022. Demographic, socioeconomic, and reproductive health variables were studied based on data provided by the Ministry of Health and the Junta of CyL.

Results: CyL shows rates between 30% and 50% lower than the national average. Most cases are concentrated in the most populated provinces, with 19.35% of referrals to other communities. 54% are publicly funded. Predominantly young women with education, own income, living with a partner, and without children. Most use contraceptives, although not always consistently. The main reason for VTP is the woman's free decision, with most procedures performed before the 9th week of gestation.

Conclusion: Studying the evolution of VTP allows guiding interventions and policies to improve equitable access to reproductive health.

Keywords: VTP, Reproductive health, Territorial inequality, Sexual and reproductive rights, Health policies

1. ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN ESPAÑA	2
LEGISLACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA	2
SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN	4
RELEVANCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LAS IVEs	5
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y MÉTODO	5
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	21

2. GRÁFICOS

Gráfico 1: EVOLUCIÓN IVE en residentes en Castilla y León. 2010-2022.....	6
Gráfico 2: TASAS de IVE por cada 1.000 mujeres en España y Castilla y León durante los años 2014-2023.....	7
Gráfico 3: Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2023.....	7
Gráfico 4: Distribución de las IVEs por PROVINCIAS de CyL en porcentaje (2010- 2022).....	8
Gráfico 5: Distribución de IVE según su GRUPO DE EDAD durante 2013-2022. ...	8
Gráfico 6: Distribución provincial de IVE según FINANCIACIÓN pública (Sí/No) durante 2013-2022.	9
Gráfico 7: Distribución de las IVE según NIVEL DE INSTRUCCIÓN durante 2013- 2022.....	10
Gráfico 8: Evolución de las IVEs según SEMANA DE GESTACIÓN durante 2013- 2022.....	11
Gráfico 9: Distribución de IVE según el número de HIJOS PREVIOS VIVOS. 2013- 2022.....	13
Gráfico 10: Distribución de IVE según uso de MÉTODO ANTICONCEPTIVO. 2013- 2022.....	14
Gráfico 11: Distribución de IVE según MÉTODO DE INTERVENCIÓN. 2013-2022. 	14

3. **TABLAS**

Tabla 1: Distribución de IVE por provincias y según el tipo de financiación y ubicación del centro donde se realiza. 2013-2022.....	9
Tabla 2: Distribución según MODO DE CONVIVENCIA durante 2013-2022.	10
Tabla 3: Distribución de IVE según los INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS de la mujer. 2013-2022	11
Tabla 4: Distribución de las IVE según el HÁBITAT. 2013-2022.....	12
Tabla 5: Distribución según el MOTIVO de la IVE. 2013-2022.	13
Tabla 6: Distribución de IVE según el número de IVEs ANTERIORES. 2013-2022	13

4. **TABLA DE ABREVIATURAS**

CyL: Castilla y León

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

VIP: Voluntary interruption of Pregnancy

CCAA: Comunidades Autónomas

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

La **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** se refiere al procedimiento médico de **aborto inducido** que se realiza por decisión de la mujer, con o sin que existan razones médicas que lo justifiquen. Este procedimiento es legal y regulado en muchos países, aunque las leyes y restricciones varían significativamente entre diferentes jurisdicciones ^{1 2}.

La IVE es un procedimiento común y generalmente seguro cuando se realiza en condiciones adecuadas. Las complicaciones son raras, especialmente cuando se utilizan métodos modernos como la aspiración manual al vacío o la combinación de mifepristona y misoprostol para abortos médicos en el primer trimestre ^{3 4}.

El acceso al IVE es considerado un derecho fundamental de las mujeres por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas, aunque sigue siendo un tema controvertido en muchas regiones debido a factores culturales y legales ⁵.

Es un problema de salud pública debido a su impacto significativo en la morbilidad y mortalidad materna, especialmente en contextos donde el acceso a abortos seguros es limitado ⁶. La falta de acceso a abortos seguros puede llevar a prácticas inseguras, que son una causa importante morbilidad y mortalidad materna ⁷. Está influenciado por factores sociodemográficos y de salud, como el nivel educativo y estado civil, los cuales afectan la decisión de interrumpir un embarazo. Esto destaca la importancia de implementar programas de educación sexual y de promover una procreación responsable, además de garantizar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos ⁸.

Durante el periodo 2010-2014, a nivel mundial, la tasa global de abortos se estimó en 35 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años y el número anual 56.3 millones. En 2015-2019 se realizan 73 millones de abortos a nivel mundial anualmente, lo que corresponde una tasa global de abortos de 39 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años. La proporción de embarazos no planeados que terminaron en aborto aumentó durante este período, lo que indica un cambio en la dinámica de la salud reproductiva. El 61% de los embarazos no deseados (lo que representa el 29% del total de embarazos) terminan en una interrupción voluntaria ^{9 10}. En general, alrededor del 45% de todos los abortos inducidos en el mundo se consideran inseguros, y el 97% de estos ocurrieron en países en vías de desarrollo ¹¹.

Evolución histórica en España

La legislación sobre la IVE en España ha evolucionado con el tiempo, buscando equilibrar los derechos reproductivos de las mujeres y las garantías legales.

A nivel nacional, hasta 1985, el aborto estaba completamente prohibido, a excepción de un corto período de la *Segunda República Española* (1937) donde no estuvo específico no penado, hasta que, con la llegada de Franco al poder, derogó la ley.

En el primer *Código Penal* Español, de 1822, en sus artículos 639 y 640 establecía penas de reclusión en distinto grado que podían alcanzar los 14 años para los profesionales y de hasta 8 años para las mujeres embarazadas que abortaran.

Con la llegada de la democracia, en 1985 se aprobó la Ley 9/1985, que despenalizaba el aborto en tres supuestos: riesgo para la salud física o psíquica de la mujer, anomalías en el feto y violación, estableciendo un plazo de 12 semanas para su práctica. Esta legislación marcó un punto de inflexión al reconocer parcialmente los derechos reproductivos de las mujeres.

El avance hacia una mayor autonomía para las mujeres continuó, y en 2010, se aprobó la Ley 2/2010, que amplió el acceso a la IVE en España, permitiendo la interrupción del embarazo hasta la semana 14 de gestación sin necesidad de alegar razones. Este cambio reflejó una mayor aceptación social de la IVE, impulsada por movimientos feministas y la presión de organizaciones de derechos humanos ¹².

Legislación actual en España

Actualmente la IVE está regulada por la Ley Orgánica 1/2023 ¹³, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley 2/2010, de 3 de marzo.

Principales aspectos:

- **Plazos para la IVE:**
 - **Libre decisión de la mujer hasta las 14 semanas de gestación:** La mujer puede interrumpir el embarazo sin necesidad de alegar motivos, siempre que lo haga dentro de las primeras 14 semanas.
 - **Hasta las 22 semanas de gestación:** Se permite la IVE en los siguientes supuestos:
 - Riesgo grave para la vida o salud de la madre.

- Malformaciones fetales graves, siempre que se cuente con un dictamen médico especializado que lo confirme.
 - **Sin límite de plazo:** Si se detectan **anomalías fetales incompatibles con la vida** o si se diagnostica una **enfermedad extremadamente grave e incurable** en el feto, confirmada por un comité médico, se permite la interrupción sin límite de semanas.
- **Consentimiento informado:**
- Las mujeres que deseen interrumpir su embarazo deben recibir información sobre sus opciones, servicios de apoyo y los riesgos del procedimiento. **El periodo de reflexión de tres días** ha sido eliminado, lo que permite a las mujeres proceder sin esperar este tiempo tras recibir la información.
 - La información debe incluir alternativas al aborto, como la posibilidad de dar al bebé en adopción, y se debe facilitar material informativo sobre servicios de apoyo psicológico y social.
- **Menores de edad:** Las jóvenes de **16 y 17 años** pueden interrumpir el embarazo sin el consentimiento paterno, eliminando la necesidad de informar a sus padres o tutores, salvo que hacerlo suponga un riesgo de violencia o conflicto familiar grave. Esta modificación fue parte de la reforma de 2023.
- **Acceso público a la IVE:**
- La IVE es una prestación incluida en la **cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, garantizando el acceso a la intervención de manera gratuita en centros públicos o concertados.
 - Las comunidades autónomas deben asegurar la disponibilidad de centros que realicen la IVE, aunque las clínicas privadas también pueden realizar la intervención.
 - En caso de que en un área geográfica no haya centros públicos, el sistema debe garantizar el traslado a otro centro dentro del mismo plazo legal.
- **Objección de conciencia de los profesionales sanitarios:**
- Los profesionales sanitarios tienen derecho a ejercer la **objección de conciencia** y no participar directamente en la práctica de una IVE. Sin

embargo, los servicios sanitarios deben garantizar que siempre haya personal disponible para llevar a cabo las intervenciones.

- Los profesionales objetores deben manifestar su objeción por escrito y anticipadamente, y el sistema sanitario debe asegurarse de que esta objeción no afecte el acceso de las mujeres a la intervención.
- La reforma de 2023 obliga a la creación de un **registro de objetores de conciencia** para garantizar que haya suficiente personal disponible para realizar el procedimiento en todo momento.

- **Educación y prevención:**

- La ley también se centra en la **educación sexual** y la prevención de embarazos no deseados. Se intensifica la obligación de los sistemas educativos de proporcionar **educación sexual integral** en los colegios y se asegura el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, incluyendo la píldora del día después, que debe estar disponible en los centros de salud.

Situación en Castilla y León

Tanto en España como en Castilla y León, la tasa de IVEs en mujeres entre 15 y 44 años ha mostrado un aumento en los últimos años. Sin embargo, en Castilla y León, esta evolución ha sido relativamente estable, aunque siempre por debajo de la media nacional ^{14 15}.

En Castilla y León, actualmente, los **centros acreditados para IVE** son la mayoría de carácter **PRIVADO**, exceptuando la provincia de Burgos, donde se encuentran instituciones públicas. Los centros autorizados son:

- Burgos:
 - Hospital Universitario de Burgos
 - Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro
- León: Centro Ginecológico Buenavista S.L
- Salamanca:
 - Multimédica-Centro
 - Clínica Hipatia
- Valladolid: Clínica Ginemédica

Relevancia de la evolución de las IVEs

Entender la evolución de las IVEs es fundamental tanto para la salud pública como para la planificación sanitaria, dado que suelen derivarse de embarazos no deseados. Analizar las variaciones en estos datos permite evaluar la efectividad de las iniciativas de prevención y planificación implementadas, y, si es necesario, diseñar nuevas estrategias enfocadas en los grupos más vulnerables. Esta información también resulta significativa para los profesionales que ejercen en los ámbitos de la salud de la mujer, salud reproductiva y en otras áreas relacionadas, como la juventud, la familia o la educación.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres en Castilla y León entre 2010 y 2022, identificando tendencias y patrones en las características demográficas y socioeconómicas de las mujeres que optan por este procedimiento.

Objetivos específicos:

- Evaluar las tasas de IVE en Castilla y León en comparación con el resto de España.
- Caracterizar el perfil demográfico de las mujeres que optan por este procedimiento.
- Analizar los factores socioeconómicos que pueden influir en la decisión de interrumpir un embarazo, así como estudiar la situación reproductiva de las mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio

Estudio observacional transversal descriptivo para conocer la tasa de IVEs en Castilla y León y su evolución en las mujeres de nuestra región entre los años 2010 y 2022.

2. Variables

Se analizaron variables **demográficas** (edad, lugar de residencia, modo de convivencia), **socioeconómicas** (nivel educativo, situación laboral, tipo de financiación) y **otros factores** (uso de anticonceptivos, número de hijos previos, motivo, momento del procedimiento y método más utilizado) para obtener una visión completa de las características de las mujeres que han optado por una IVE en Castilla y León durante el periodo de tiempo de 2010 y 2022. Para la recopilación de estos, se tuvo en cuenta el **Boletín de Notificación de IVE** del Ministerio de Sanidad ([Anexo I](#)), garantizando la

confidencialidad de los datos y permitiendo su uso exclusivamente con fines sanitarios y estadísticos.

3. Recogida de datos

Previo aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de Valladolid con número de registro PI-25-130-O en octubre de 2024, se solicitaron por medios telemáticos los datos necesarios al Servicio de Estudios, Documentación y Estadística de la Junta de Castilla y León.

Los datos fueron recogidos a partir de la base de datos de la Junta de Castilla y León, disponible en [Datos Abiertos de la Junta de Castilla y León](#) ¹⁴ y en el [Portal de Salud](#) ¹⁶.

4. Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron recogidos y estructurados en una base de datos Excel y analizados mediante el programa informática SPSS 20.0 para conocer número de casos, tasas y tendencias.

5. Consideraciones éticas

Cumpliendo con el Reglamento General de Protección de Datos 2026/679 no se utilizó ningún dato de filiación ni de identificación de los casos estudiados, habiendo solicitado exclusivamente datos numéricos de los registros de las interrupciones voluntarias del embarazo en Castilla y León en el periodo descrito anteriormente.

RESULTADOS

Desde el inicio del período estudiado en 2010, el mayor pico de IVE realizadas en mujeres residentes en Castilla y León se registra en 2011, con un total de 3.582. A partir de ese año, el número de casos disminuye progresivamente hasta 2014, cuando se estabiliza. Posteriormente, se registra un ligero aumento en 2015 y 2019. En 2020, la cantidad de casos desciende, pero en 2021 y 2022 se observa un incremento.

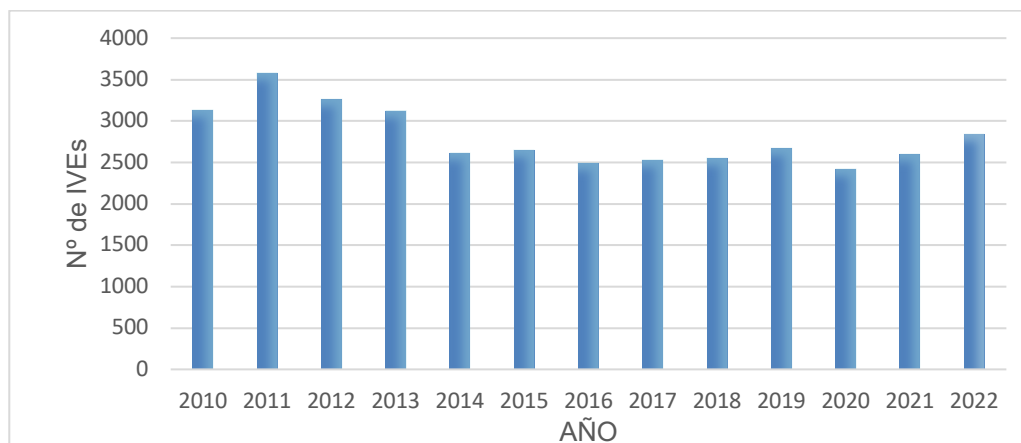


Gráfico 1: **EVOLUCIÓN IVE** en mujeres residentes en Castilla y León. 2010-2022

A lo largo del período estudiado desde 2014, la tasa de IVE en Castilla y León se mantiene considerablemente **por debajo de la media nacional**. Mientras que en España la tasa fluctúa entre 10,33 y 12,22 por cada 1.000 mujeres, en Castilla y León varía entre 6,05 y 8,66. En España, las tasas muestran un aumento progresivo a partir de 2016, con un descenso notable en 2020. Sin embargo, las tasas se recuperan en los años posteriores, alcanzando su punto máximo en 2023. En Castilla y León, las tasas presentan una tendencia similar, aunque más atenuada. También se evidencia un descenso en 2020 seguido de un incremento en los años siguientes, culminando en la tasa más alta del período en 2023 (8,66). La diferencia se mantiene constante, con tasas entre un 30% y un 50% inferiores a la media nacional.

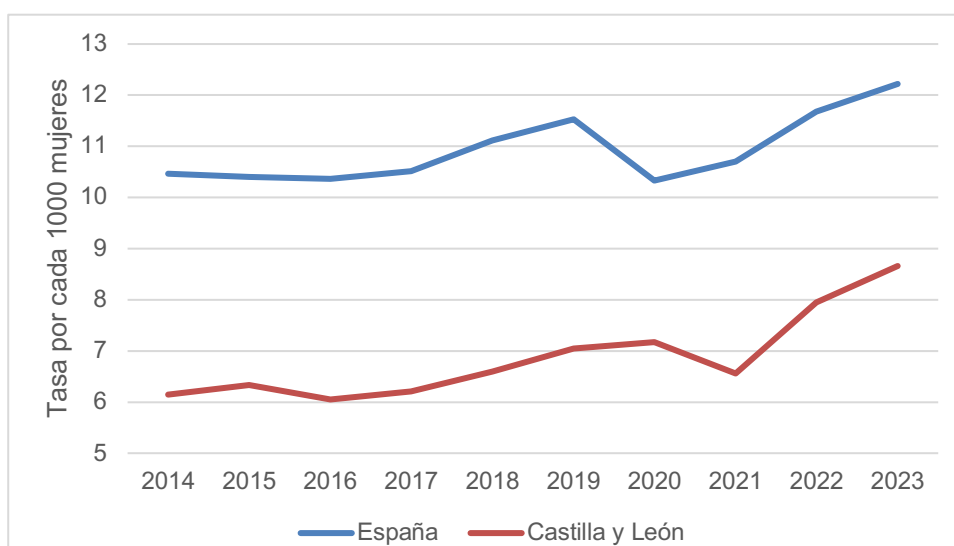


Gráfico 2: **TASAS** de IVE por cada 1.000 mujeres en España y Castilla y León durante los años 2014-2023.

En el contexto autonómico, y para poner un ejemplo reciente, Castilla y León fue la **quinta comunidad autónoma con menor tasa** de IVE en 2023. Las cifras son comparables a las registradas en comunidades como Extremadura, Galicia y La Rioja, que también presentan valores por debajo de la media nacional. En contraste, las comunidades autónomas con las tasas más altas fueron Cataluña, Madrid e Islas Baleares.

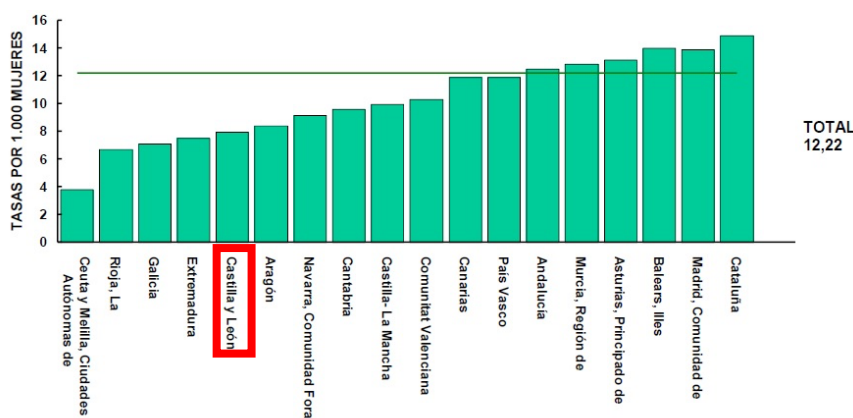


Gráfico 3: Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad ¹⁵.

A lo largo del periodo estudiado 2010-2022, el mayor número de IVE se observa en las provincias de **Valladolid, León, Burgos** y, desde 2021, **Salamanca**, concentran el mayor número de IVE, representando en conjunto el 70% del total de casos en Castilla y León. El resto de las provincias mantienen proporciones más bajas, situándose en un intervalo entre el 4,1% y el 8%. **Soria** destaca como la provincia con **menor número de casos** en la mayoría de los años, seguida de Zamora y Ávila.

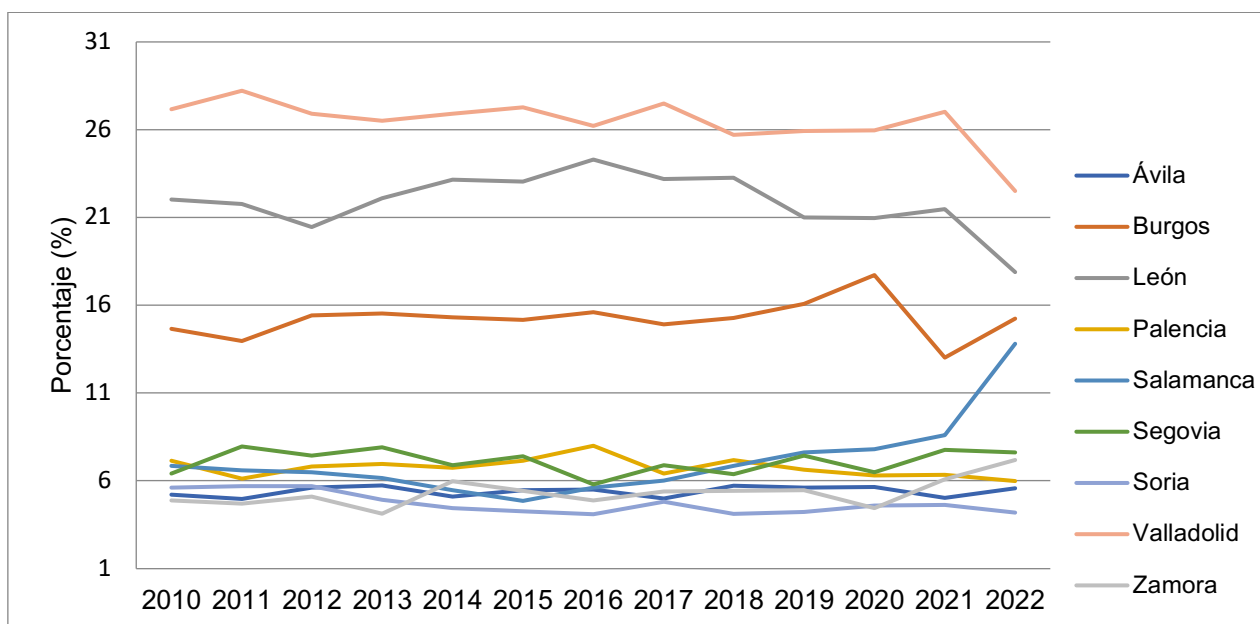


Gráfico 4: Distribución de las IVEs por **PROVINCIAS** de CyL en porcentaje (2010-2022)

En el periodo de 2013-2022, la edad de mujeres se encuentra comprendida entre los **9 años** (1 caso en 2017) y los **57 años** (1 caso en 2021). A lo largo del periodo estudiado se observa el mismo patrón de rango de edad. El 80,7% de las interrupciones se registran en mujeres con edad entre los **20 y 39 años**.

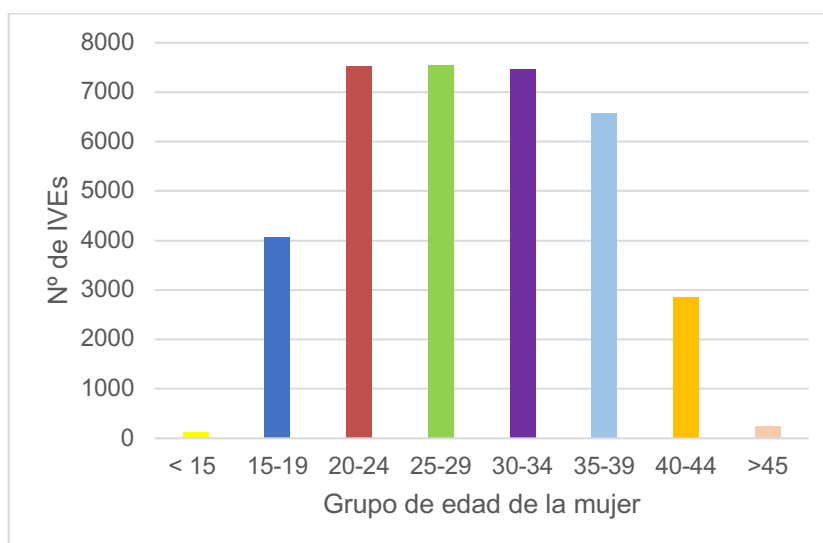


Gráfico 5: Distribución de IVE según su **GRUPO DE EDAD** durante 2013-2022.

En general a lo largo de los años el número de IVE con **financiación pública** (54%) supera a las no financiadas (46%). Durante el periodo 2013-2022 el número de IVE financiadas **públicamente** es **mayor** que las IVE no financiadas en todas las provincias a excepción de **León** (60,7%), **Palencia** (56,9%) y **Valladolid** (50,7%). La provincia que presenta mayor porcentaje de IVE con **financiación pública** es **Burgos** (72,67%).

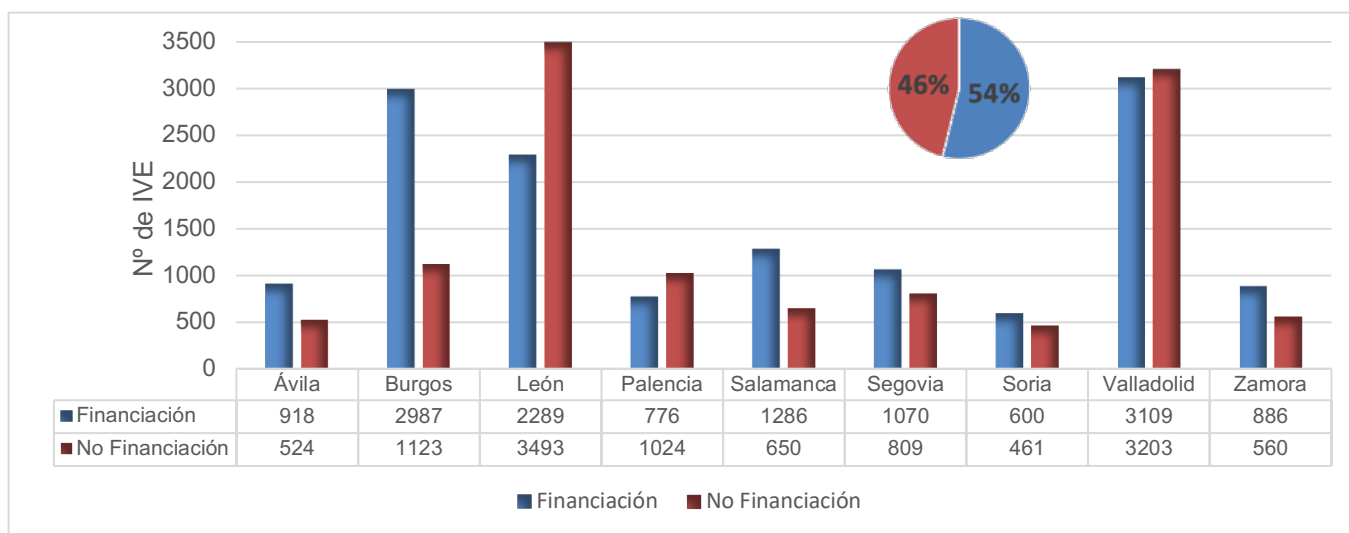


Gráfico 6: Distribución provincial de IVE según **FINANCIACIÓN** pública (Sí/No) durante 2013-2022.

Valladolid (98,25%), León (95,59%) y Burgos (92,68%) tienen los mayores porcentajes de IVE realizadas en centros de Castilla y León. El 19,35% de las IVE tuvieron lugar en centros de otras Comunidades Autónomas, pero son el **94,91%** de **Soria**, el **64,91%** de **Ávila** y el **52,41%** de **Segovia**. Cabe destacar el único caso en 9 años de Soria en el que fue financiado y en un centro de Castilla y León.

Provincia	IVE financiada						Total
	Sí		No		Todas		
	Ubicación del centro						
	CyL	Otras CCAA	CyL	Otras CCAA	CyL	Otras CCAA	
Ávila	374	544	132	392	506	939	1442
Burgos	2955	40	780	299	3735	339	4074
León	2301	29	3266	233	5567	262	5829
Palencia	416	340	948	88	1364	428	1792
Salamanca	743	546	498	152	1241	698	1939
Segovia	614	376	300	589	914	985	1879
Soria	1	667	56	450	57	1117	1174
Valladolid	3398	11	3403	109	6801	110	6921
Zamora	726	160	460	95	1186	260	1441
Castilla y León	11.538	2713	9843	2407	21.239	5123	26.362

Tabla 1: Distribución de IVE por provincias y según el tipo de financiación y ubicación del centro donde se realiza. 2013-2022.

El 24,75% de las mujeres cuentan con **estudios de bachillerato o formación profesional**, el 24,79% de **ESO y equivalente** y el 18,86% tienen **estudios superiores universitarios**. El 0,46% son **analfabetas** o no tienen estudios.

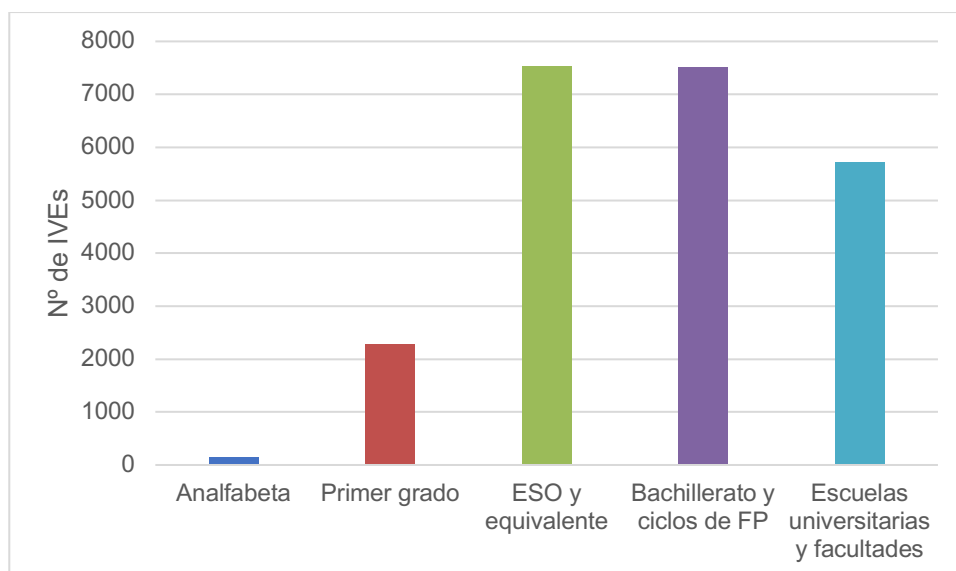


Gráfico 7: Distribución de las IVE según **NIVEL DE INSTRUCCIÓN** durante 2013-2022.

Prácticamente la mitad de las mujeres (51,6%) viven en **pareja**, un tercio viven con sus padres o familia y un 13,2% viven solas.

Año	Sola	En pareja	Padres/familia	Otras	No consta	Total
2013	386	1652	971	109	3	3121
2014	304	1398	803	106	4	2615
2015	351	1354	836	107	4	2652
2016	309	1326	764	83	8	2490
2017	330	1304	814	78	5	2531
2018	345	1361	716	114	15	2551
2019	398	1362	777	115	22	2674
2020	306	1349	643	99	24	2421
2021	343	1295	830	101	28	2597
2022	439	1321	862	154	63	2939
Total	3511	13722	8016	1066	176	26591

Tabla 2: Distribución según **MODO DE CONVIVENCIA** durante 2013-2022.

Todos los años el porcentaje de ingresos propios supera al de no, exceptuando por una pequeña diferencia en 2013. En total el **52,61%** de mujeres cuentan con ingresos propios.

Año	Sí		No	
	n	%	n	%
2013	1378	49,28	1418	50,72
2014	1404	53,61	1215	46,39
2015	1393	54,01	1186	45,99
2016	1419	53,73	1222	46,27
2017	1223	53,45	1065	46,55
2018	1328	53,51	1154	46,49
2019	1358	54,89	1116	45,11
2020	1226	50,47	1203	49,53
2021	1379	50,27	1364	49,73
2022	1356	53,36	1185	46,64
Total	13464	52,61	12128	47,39

Tabla 3: Distribución de IVE según los **INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS** de la mujer. 2013-2022

La mayoría de las IVE (**60%**) tienen lugar cuando **aún no se alcanzado las 9 semanas** de gestación mientras que solo un **8,16%** lo hace **después de las 14 semanas**.

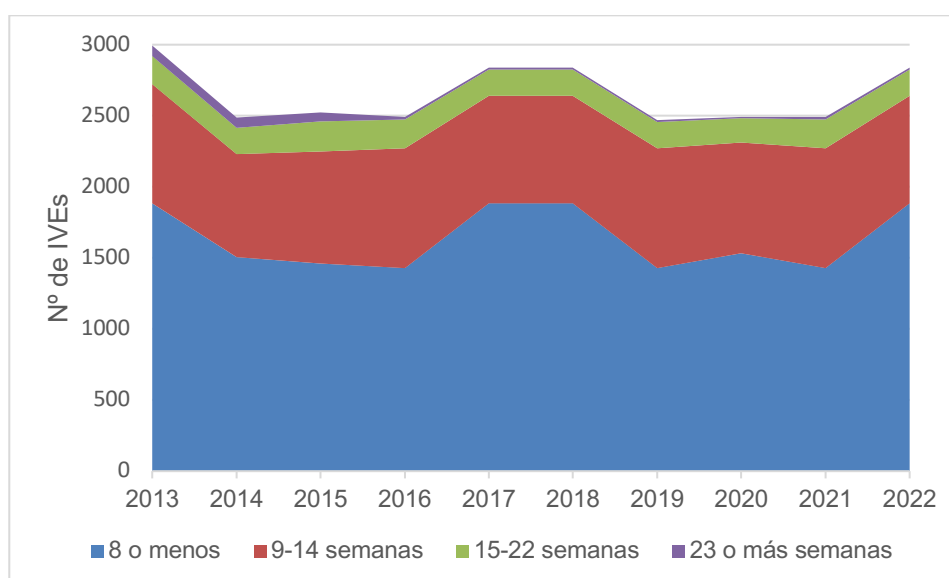


Gráfico 8: Evolución de las IVEs según **SEMANA DE GESTACIÓN** durante 2013-2022.

El 71% de las mujeres residen en **grandes poblaciones**, mientras que el 28,9% habitan en poblaciones de 10.000 habitantes o menos.

Año	10.000 y menos		10.001-50.000		50.001-500.000		Total
	n	%	n	%	n	%	
2013	931	29,8	356	11,4	1834	58,7	3121
2014	801	30,6	265	10,1	1549	59,3	2615
2015	770	29,1	319	12,0	1563	58,9	2652
2016	694	27,9	282	11,3	1514	60,9	2490
2017	692	27,3	304	12,0	1535	60,7	2531
2018	696	27,3	287	11,3	1568	61,4	2551
2019	738	27,6	316	11,8	1620	60,6	2674
2020	717	29,6	302	12,5	1402	57,8	2421
2021	772	29,7	320	12,3	1505	58,0	2597
2022	854	30,1	350	12,3	1635	57,6	2839
Total	7665	28,9	3101	11,7	15725	59,3	26491

Tabla 4: Distribución de las IVE según el **HÁBITAT**. 2013-2022.

En el 12,2% de los casos el motivo de la IVE es el grave riesgo para la vida o salud de la mujer, riesgo de graves anomalías en el feto o anomalías fetales incompatibles con la vida. El resto de las IVE (87,5%) son **a petición de la mujer**.

Entre las principales causas de grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada se encuentran los **trastornos psiquiátricos**, siendo los trastornos adaptativos y de ansiedad los más comunes. Por otro lado, las causas de riesgo de graves anomalías en el feto suelen estar relacionadas con **cromosomopatías**, como el Síndrome de Edwards y el Síndrome de Down, así como **malformaciones cardíacas** y **malformaciones múltiples**.

Año	A petición de la mujer		Grave riesgo para la vida o salud de la mujer		Riesgo de graves anomalías en el feto		Anomalías fetales incompatibles con la vida		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013	2737	86,7	209	6,6	150	4,8	25	0,8	3151
2014	2253	85,5	167	6,3	179	6,8	16	0,6	2635
2015	2286	86,2	176	6,6	182	6,9	8	0,3	2652
2016	2138	85,4	174	7,0	163	6,5	15	0,6	2490
2017	2174	86,7	188	7,5	159	6,3	10	0,4	2511
2018	2233	88,3	160	6,3	151	6,0	7	0,3	2551
2019	2341	88,8	171	6,5	146	5,5	16	0,6	2634

2020	2168	88,7	115	4,7	129	5,3	9	0,4	2421
2021	2339	89,3	118	4,5	127	4,9	13	0,5	2612
2022	2560	88,3	97	3,3	166	5,7	16	0,6	2890
Total	23196	87,5	1566	5,9	1549	5,8	143	0,5	26530

Tabla 5: Distribución según el **MOTIVO** de la IVE. 2013-2022.

El 50,47% de las mujeres a las que se las realizó un IVE no tenía **ningún hijo**. El 42,71% tenía uno o dos hijos previos. Solo el 6,82% tienen 3 o más hijos vivos.

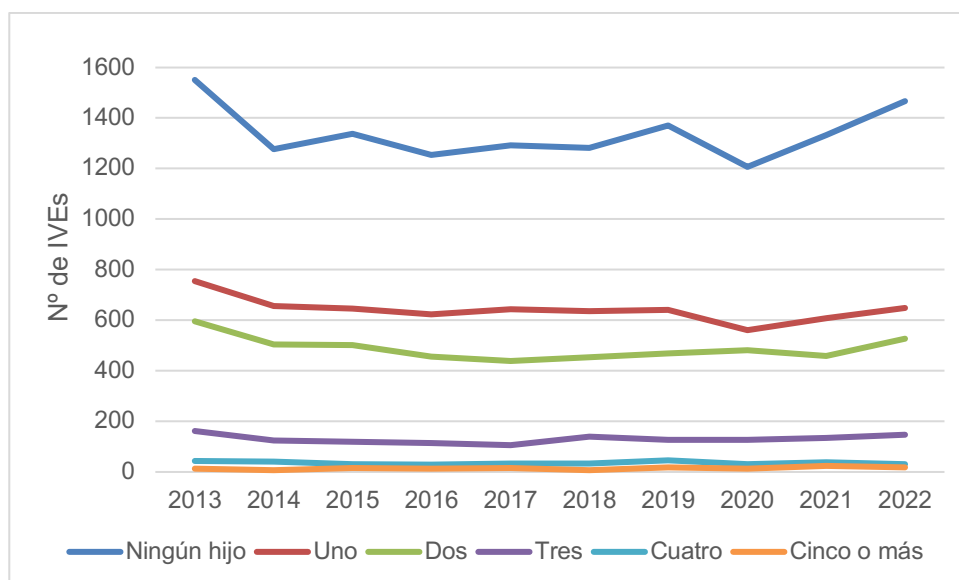


Gráfico 9: Distribución de IVE según el número de **HIJOS PREVIOS VIVOS**. 2013-2022.

El 69,2% de las mujeres **no tenían ninguna IVE anterior**, seguidas de un 21,6% que sí que habían tenido una anterior.

Año	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2013	2306	606	135	47	18	3	2	3	1	3125
2014	1860	562	133	15	7	2	1	0	0	2652
2015	1912	555	125	35	15	4	2	0	0	2652
2016	1764	533	143	25	11	7	2	1	0	2490
2017	1802	528	141	40	6	8	2	0	0	2531
2018	1792	575	121	45	11	4	2	0	1	2551
2019	1971	502	132	41	16	4	3	0	1	2674
2020	1760	472	128	42	10	4	2	0	1	2421
2021	1760	472	128	42	15	7	2	0	0	2597
2022	1892	517	120	40	15	7	2	0	0	2598
Total	17947	5589	1285	366	113	43	18	4	4	25937
%	69,2	21,6	5,0	1,4	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	100

Tabla 6: Distribución de IVE según el número de **IVEs ANTERIORES**. 2013-2022

El 63,73% de las mujeres que se someten a una IVE indican que utilizan habitualmente **métodos anticonceptivos** (como los de barrera, naturales, mecánicos, hormonales, entre otros). Sin embargo, más de un tercio (36,84%) **no emplea métodos anticonceptivos** de manera habitual, con una tendencia creciente de esta práctica en los últimos años.

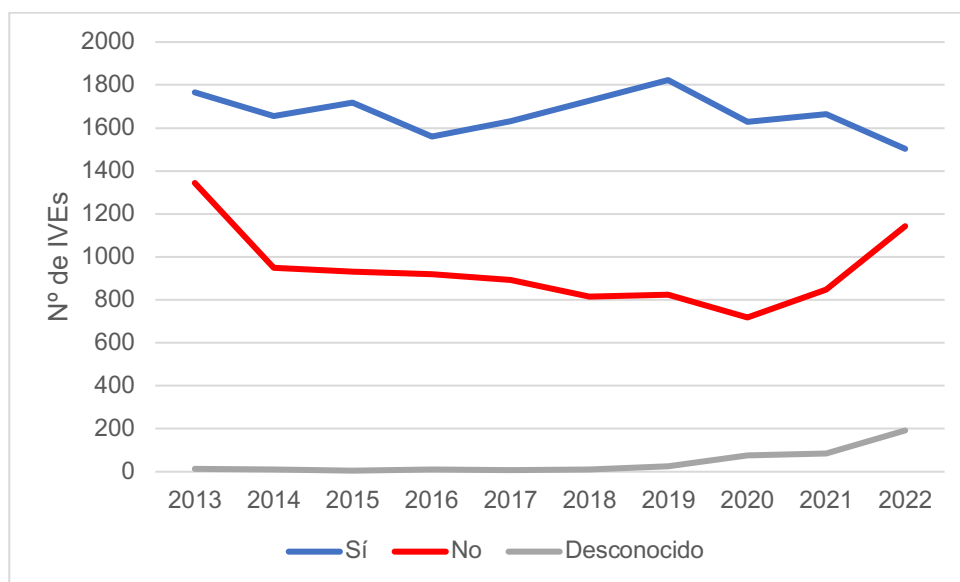


Gráfico 10: Distribución de IVE según uso de **MÉTODO ANTICONCEPTIVO**. 2013-2022.

El método más utilizado todos los años es el de **dilatación y evacuación** (66, 37% en total) a excepción del 2022 que fue por **dilatación y aspiración**.

Método de intervención *	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dilatación y evacuación	2531	2274	2008	1862	1797	2009	2174	2040	2319	49
Dilatación y aspiración	806	317	292	255	229	293	297	315	381	2095
Mifepristona	99	131	92	71	62	100	97	105	138	505
Prostaglandinas	30	27	26	33	39	71	48	66	72	547
Otros métodos	23	11	0	0	0	0	0	0	0	39
Total	3489	2760	2418	2221	2088	2473	2616	2526	2910	3235

Gráfico 11: Distribución de IVE según **MÉTODO DE INTERVENCIÓN**. 2013-2022.

*Posibilidad de utilizar más de un método

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran una tendencia compleja. El aumento de casos registrado en 2011 coincide con la implementación de la Ley Orgánica 2/2010, que amplió el acceso a la IVE hasta las 14 semanas de gestación sin necesidad de alegar razones específicas. Este cambio legislativo proporcionó un marco más accesible y pudo haber generado un aumento inicial de los casos.

Después de este aumento inicial, se observa una disminución progresiva hasta 2014, seguido de una estabilización en años posteriores. A partir de 2015 y 2019 se detecta un ligero repunte, mientras que en 2021 y 2022 las tasas vuelven a aumentar de manera más notable, alcanzando su punto máximo en 2023. La pandemia de COVID-19 en 2020 probablemente generó interrupciones en el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que podría explicar una caída temporal en las tasas, seguida de una recuperación posterior.

En comparación con la media nacional, las tasas de IVE en Castilla y León se mantienen por debajo de las cifras nacionales. Esta diferencia podría estar influenciada por factores sociodemográficos y culturales propios de la comunidad autónoma, como una mayor proporción de población rural, menor acceso a centros especializados (que no están presentes en todas las provincias) o una mayor influencia de tradiciones conservadoras que podrían afectar la decisión de las mujeres.

La mayoría de las IVEs se realizan en centros de carácter privado, siendo la provincia de Burgos la única que lo oferta en centros públicos. Este fenómeno no es exclusivo de Castilla y León, sino que, a nivel nacional, solo 2 de cada 10 IVEs se practican en hospitales públicos, mientras que el resto se deriva a centros externos. Esto no solo genera desigualdades territoriales, sino que deja a muchas mujeres expuestas a obstáculos administrativos y dificultades para ejercer un derecho reconocido por la Ley Orgánica ¹⁷.

La concentración de los servicios de IVE en centros específicos de distintas provincias y su financiación juega un papel importante. Por ejemplo, en Burgos, donde se registran altos porcentajes de IVE realizadas, la proporción de financiación pública es la más alta de la comunidad, dado que los centros son públicos. En contraste, en Valladolid y León, donde también se observa un alto número de IVE, la mayoría de los centros son privados, lo que podría reflejar una menor proporción de financiación pública.

Este patrón de concentración de servicios en unos pocos hospitales y clínicas por provincia podría explicar por qué un porcentaje significativo de mujeres de provincias

más pequeñas y sin centros especializados, como Soria y Segovia, optan por acudir a centros de otras comunidades autónomas.

Aunque la IVE está legalmente reconocida y, en teoría, financiada por el SNS, las barreras prácticas, como la falta de centros especializados en varias provincias u obstáculos administrativos, podrían dificultar el acceso equitativo al servicio. Esto obliga a muchas mujeres a desplazarse o a asumir los costes del procedimiento en el ámbito privado, lo que explica el alto porcentaje (46%) de IVEs no financiadas públicamente.

La centralización de los servicios en áreas urbanas más grandes podría generar barreras de acceso para mujeres que residen en provincias rurales o menos pobladas. A pesar de tener derecho a la atención, las mujeres que residen en estas zonas enfrentan dificultades logísticas, económicas y de desplazamiento que limitan su capacidad de acceso a estos servicios dentro de su propia comunidad. Este patrón se observa en provincias como Ávila, Palencia, Segovia, Soria y Zamora, donde muchas mujeres se ven obligadas a trasladarse a otras provincias para acceder al procedimiento. Por el contrario, la mayoría de las mujeres que acceden a la IVE residen en municipios con más de 10.000 habitantes. Esto se puede deber a un mayor acceso a recursos sanitarios, información sobre métodos anticonceptivos y un entorno social menos estigmatizante ¹⁷. Aunque las áreas urbanas concentran un mayor número de casos debido a mayor densidad de mujeres en edad fértil, la disponibilidad de servicios y una cultura más permisiva puede influir. Esta situación revela la necesidad de fortalecer la equidad territorial en la prestación de servicios en las zonas rurales.

En cuanto a la convivencia, se observa que más de la mitad viven con su pareja, un tercio con sus padres y un 13,2% viven solas. Esta última proporción es relevante, ya que otros estudios han descrito una mayor incidencia entre mujeres que viven solas con aquellas que conviven con familia o pareja. Esta diferencia podría estar relacionada con una mayor autonomía en la toma de decisiones, pero también con una menor disponibilidad de apoyo emocional o económico ¹⁸.

El 52,61% de las mujeres que cuentan con ingresos propios destaca la relación entre la autonomía económica y las decisiones reproductivas. Las mujeres con mayores recursos financieros pueden tener más opciones y mayor capacidad de decisión en cuanto a su salud reproductiva ¹⁹.

Más de la mitad no tenían hijos a su cargo, lo que podría indicar la influencia de factores como inestabilidad económica o falta de recursos para afrontar una maternidad ²⁰. No obstante, en otros países se ha documentado una relación inversa, donde el acceso a la IVE aumenta a medida que crece el número de hijos, lo que sugiere una posible desconexión entre la atención materno infantil y los servicios de planificación familiar ²¹.

El 80,7% de las mujeres que se sometieron a una IVE tenían entre 20 y 39 años, un dato que coincide con la literatura internacional, donde el grupo de 20 a 29 años concentra la mayor proporción de abortos en diversos contextos socioeconómicos ²². Esta etapa vital se asocia con una alta actividad reproductiva y posibles situaciones de inestabilidad social o económica, lo que la convierte en un periodo especialmente sensible en términos de planificación familiar.

Asimismo, aunque el 69,73% de las mujeres refirieron usar métodos anticonceptivos de forma habitual, más de un tercio no los emplea. Esta cifra podría deberse a barreras en el acceso, disponibilidad o conocimiento de los métodos, especialmente entre las más jóvenes. La coincidencia entre la alta incidencia de IVEs en mujeres jóvenes y una tasa considerable de no uso de anticonceptivos evidencia la necesidad de reforzar la educación sexual y el acceso equitativo a métodos eficaces.

La mayoría de las IVE (60%) tienen lugar cuando aún no se han alcanzado las 9 semanas de gestación, mientras que solo un 8,16% se realiza después de las 14 semanas. Este patrón sugiere que la mayoría de las mujeres acceden a los servicios en etapas tempranas, lo que puede estar relacionado con una mejor detección del embarazo y accesibilidad a la IVE. En este sentido, la normativa vigente que permite la IVE hasta las 14 semanas sin necesidad de justificar razones es adecuada y ha favorecido que la mayoría de los procedimientos se realicen en etapas tempranas, garantizando una mayor seguridad para la mujer.

En conclusión, la evolución de las IVE en Castilla y León refleja una combinación de factores legales, sociales, demográficos y económicos que deben considerarse en el diseño de políticas públicas. Para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva, es fundamental mejorar la distribución geográfica de los centros especializados, fortalecer la financiación pública y promover el acceso a la información y los métodos anticonceptivos, especialmente en zonas rurales y con menor acceso a estos servicios.

CONCLUSIONES

- La tasa de IVE en Castilla y León se mantiene entre un 30% y un 50% por debajo de la media nacional a lo largo del periodo estudiado. En 2023 fue la quinta comunidad autónoma con menor tasa de IVE.
- Valladolid, León, Burgos y Salamanca concentran el 70% total de IVE en la comunidad. Soria es la provincia con menor número de casos.
La mayoría se llevan a cabo en centros de Castilla y León, aunque el 19,35% se realizan en otras comunidades autónomas, con Soria, Ávila y Segovia como las provincias con mayor porcentaje de derivaciones.
- Características demográficas: uso El 71% reside en grandes poblaciones. La mayoría de las mujeres, un 51,6%, viven en pareja.
- Características socioeconómicas: Más de la mitad de las IVE (54%) son financiadas públicamente. No obstante, en León, Palencia y Valladolid, las IVE sin financiación superan a las financiadas. El 24,79% de las mujeres cuentan con ESO o equivalente, el 24,75% de estudios de bachillerato o formación profesional y el 18,86% tienen estudios superiores universitarios. El 0,46% son analfabetas o no tienen estudios. El 52,61% de las mujeres cuentan con ingresos económicos propios.
- Salud y situación reproductiva: Más de la mitad de las mujeres a las que se sometieron a una IVE no tenían ningún hijo a su cargo (50,47%) y solo el 6,82% tienen 3 o más hijos vivos. El 69,2% de las mujeres no habían tenido una IVE previa. Aunque la mayoría utiliza anticonceptivos (63,73%), un 36,84% de las mujeres no los emplea de forma habitual.
- El principal motivo para realizar una IVE es a decisión de la mujer (87,5%). El 8,85% de las interrupciones se deben a un riesgo grave para la vida o salud de la gestante, y el 3,35% por la presencia de graves anomalías en el feto.
- El 60% de las IVE tiene lugar antes de las 9 semanas de gestación y tan solo un 8,14% lo hace después de las 14 semanas.
- El método más empleado para llevar a cabo las IVE es dilatación y evacuación (66,37%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynecol Obstet et Biol Reprod*. 2016 Dic;45(10):1462-76.
2. Pellegrini L, Sorace L, Tortorella V, Baggio U, De Paola L, D'Antonio G, et al. Comparative Analysis of Legislation on Voluntary Interruption of Pregnancy: Italy's position relate to international panorama. *Clin Ter*. 2024;175(Suppl 1(4)):117-20.
3. Lui MW, Ho PC. First trimester termination of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:13-23.
4. Cárdenas-Arias EF, Escudero-Cardona DE, Noreña-Mosquera EA. Safety of voluntary interruption of pregnancy in two healthcare institutions in Medellín, Colombia, in 2019. Historical cohort. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022 Mar;73(1):39-47.
5. Senso SG, Rodríguez MC, Rodríguez-Arenas MA. Factors related to the voluntary interruption of pregnancy in Spain. *J Prev Med Hyg*. 2022Mar;63(1):E69-75.
6. Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:2-12.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Increasing Access to Abortion: ACOG Committee Opinion, Number 815. *Obstet Gynecol*. 2020Dec;136(6):e107-15.
8. Llorente-Marrón M, Díaz-Fernández M, Méndez-Rodríguez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 17 de julio de 2024];50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794768/>
9. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*. 2020 Sep;8(9):e1152-61.
10. ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. *Human Reproduction*. 2017 Jun;32(6):1160-9.
11. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model [Internet]. [citado 25 septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5711001/>
12. Esade Law Review. Evolución de la ley del aborto en España e implicaciones constitucionales [Internet]. Esade Law Review. 2023 [citado 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.esadelawreview.com/evolucion-de-la-ley-del-aborto-en-espana-e-implicaciones-constitucionales/>
13. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. BOE núm. 51, Sec. 1. 2023 Mar 1. p. 30334-75. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
14. Junta de Castilla y León. Interrupción Voluntaria del Embarazo | Datos Abiertos [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://datosabiertos.jcyl.es/web/jcyl/set/es/salud/interrupcion-voluntaria->

embarazo/1284839793708

15. Ministerio de Sanidad. Interrupciones voluntarias del embarazo [Internet]. [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>
16. Junta de Castilla y León. Interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. *Portal de Salud de la Junta de Castilla y León*. [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/interrupcion-voluntaria-embarazo>
17. Sutton A, Lichter DT, Sassler S. Rural–Urban Disparities in Pregnancy Intentions, Births, and Abortions Among US Adolescent and Young Women, 1995–2017. *Am J Public Health*. 2019 Dic;109(12):1762-9.
18. Johansen H, Nargundkar M, Nair C, Taylor G, elSaadany S. At risk of first or recurring heart disease. *Health Rep*. 1998;9(4):19-29(Eng); 19-30(Fre).
19. Taft AJ, Powell RL, Watson LF, Lucke JC, Mazza D, McNamee K. Factors associated with induced abortion over time: secondary data analysis of five waves of the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2019;43(2):137-42.
20. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Ago;57(8):601-5.
21. Prietsch SO, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados [Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica*. 2011 Oct;27(10):1906-16.
22. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2017;12(3):e0172976.
23. Ministerio de Sanidad. Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo [Internet]. [citado 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guiaIveFarmacologica.htm>

ANEXOS

ANEXO I: Boletín de notificación IVE y definiciones

 MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD	NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D 831/2010
ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS		LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS
NÚMERO DE REGISTRO INTERNO ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN		CÓDIGO DE CENTRO IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE ☐ SI ☐ NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PROVINCIA			
CONVIVENCIA	☐ 1 SOLA ☐ 2 EN PAREJA ☐ 3 CON PADRES/FAMILIARES ☐ 4 OTRAS PERSONAS ⁽¹⁾ ☐ 5 NO CONSTA			LUGAR DE RESIDENCIA			
☐ 1 Con Hijos ⁽²⁾ ☐ 2 Sin Hijos				MUNICIPIO			
				CODIGO POSTAL			
				RESIDE FUERA DE ESPAÑA			
				PAÍS DE RESIDENCIA			
PAÍS DE NACIMIENTO				AÑO DE LLEGADA			
NACIONALIDAD				DOBLE NAC.			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)	☐ 1 ANALFABETA/SIN ESTUDIOS ☐ 3 ESO Y EQUIVALENTES ☐ 5 ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES			☐ 7 NO CONSTA			
	☐ 2 PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES) ☐ 4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES ☐ 6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS						
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? NO ☐ SI ☐		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios)					
		☐ 1 PAREJA ☐ 2 FAMILIARES ☐ 3 OTROS INGRESOS ☐ 4 NO CONSTA					
SITUACIÓN LABORAL		Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO		MES AÑO	
☐ 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA ☐ 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA ☐ 3 PENSIONISTA ☐ 4 ESTUDIANTE ☐ 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO ☐ 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO ☐ 7 OTRAS ☐ 8 NO CONSTA		Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL		FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO		MES AÑO	
		¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? ☐ SI ☐ NO					
		¿DE QUÉ TIPO? ⁽⁴⁾ (Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos)		☐ 1 NATURALES ☐ 2 BARRERA ☐ 3 MECÁNICOS ☐ 4 HORMONALES ☐ 5 MÉTODOS DEFINITIVOS ☐ 6 OTROS MÉTODOS			

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?	☐ 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO ☐ 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO	☐ 3 OTROS	TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO AMIGOS/FAMILIARES MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTERNET ☐ 5 NO CONSTA
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO		FECHA DE LA INTERVENCIÓN ⁽⁶⁾	
		DÍA MES AÑO	
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	☐ 1 A PETICIÓN DE LA MUJER ☐ 2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA ☐ 3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO ☐ 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE		
	CAUSA		
	RIESGO PARA LA EMBARAZADA		
	RIESGO FETAL		
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	MÉTODO QUIRÚRGICO		
	☐ 1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN ☐ 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN		
	MÉTODO FARMACOLÓGICO		
	☐ 3 MIFEPRISTONA ☐ 4 PROSTAGLANDINAS		
	OTROS MÉTODOS, ESPECIFICAR ☐ 5		

NOTA: LAS Opciones NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.

Fuente: Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. Ministerio de Sanidad 2022 ²³.

Definiciones de la hoja de notificación:

DEFINICIONES

(1) OTRAS PERSONAS.

Si la mujer convive en pareja y además con otras personas, marcar exclusivamente la opción **EN PAREJA**.

(2) CON HIJOS.

Se refiere a los hijos que tiene la mujer a su cargo, sean o no biológicos.

(3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Se diferencian los siguientes Niveles de instrucción:

1. **Analfabeta/Sin estudios.**
 - No sabe leer ni escribir.
 - Enseñanza Primaria Incompleta.
2. **Primer grado (6º Educación primaria y equivalentes).**
 - Enseñanza Primaria completa: 6º EP, 6º EGB.
 - Incluye Certificado Oficial de Estudios Primarios.
3. **ESO y Equivalentes:**
 - Enseñanza Secundaria completa: ESO, BUP, FPI, 7º EGB, 8º EGB.
4. **Bachiller y Ciclos FP equivalentes:**
 - 2º Bachillerato, COU, FP de grado medio.
5. **Escuelas Universitarias/Facultades:**
 - Diplomaturas Universitarias.
 - FP de grado superior.
 - Primer ciclo en Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas técnicas Superiores.
 - Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas Técnicas Superiores o equivalentes o postgraduados.
6. **No clasificables por grados y no bien especificados.**

(4) TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. **Naturales**
 - Ogino
 - Temperatura basal
 - Coito interrumpido
 - Billings
2. **Barrera**
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino
 - Diafragma
 - Productos espermicidas
3. **Mecánicos**
 - Diu
4. **Hormonales**
 - Anticoncepción oral
 - Anticoncepción inyectable
 - Parches
 - Implantes subcutáneos
 - Anillos vaginales
 - Diu
5. **Métodos Definitivos**
 - Ligadura de trompas
 - Obstrucción tubárica

(5) FECHA DE LA INTERVENCIÓN.

Cuando el método empleado en la intervención sea el farmacológico, la fecha de intervención será la del inicio de la toma.

Fuente: Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. Ministerio de Sanidad 2022 ²³.

Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en Castilla y León

Autor: Adrián Rodríguez Ramiro
Tutor: Gema Ruiz López del Prado

Curso 2024/2025

UVa

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**?

- Procedimiento médico de **aborto inducido** por decisión de la mujer, con o sin razones médicas que lo justifiquen.
- SEGURO** con la tecnología actual moderna, pero **RIESGOSO** cuando el acceso es limitado, lo que puede derivar en **ABORTOS INSEGUROS** (**PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**, sobre todo en países en desarrollo).
- Reconocido por la **OMS** como un **derecho fundamental**.

Evolución **legislativa** en España

ANTES: **PROHIBIDO**

Ley 2/2010

- LIBRE** hasta la **semana 14**
- Por **razones médicas** para la madre o el feto: hasta la **semana 22**
- Sin límite de plazo**: anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave o incurable en el feto

Ley 9/1985

- Permitido hasta la semana 12 en **3 supuestos**:
 - Riesgo para la madre
 - Malformaciones fetales
 - Violación

Reforma 2023

- Se **elimina** el **periodo de reflexión**
- Menores de 16-18 años** pueden acceder **SIN** consentimiento paterno

Castilla y León (CyL): situación actual

- Mayoría de centros **PRIVADO**, salvo en Burgos.
- Centros acreditados**:

- Burgos**:
 - Hospital Universitario de Burgos
 - Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro
- León**: Centro Ginecológico Buenavista S.L
- Salamanca**:
 - Multimédica-Centro
 - Clínica Hipatia
- Valladolid**: Clínica Ginemédica



OBJETIVOS

Objetivo general: analizar la **evolución** de las **IVE** en mujeres residentes en **Castilla y León** entre **2010 y 2022**, identificando **tendencias** y **patrones** en las características **demográficas** y **socioeconómicas** de las mujeres que optan por este procedimiento.

Objetivos **específicos**:

- Evaluar las tasas de IVE** en Castilla y León en comparación con el resto de España.
- Caracterizar el perfil demográfico** de las mujeres que han solicitado una IVE en la región.
- Identificar los **factores socioeconómicos** y **salud reproductiva** que pueden influir en la decisión de interrumpir un embarazo.

¿Por qué es importante estudiar la **EVOLUCIÓN**?

Comprender su evolución es **CLAVE** para **SALUD PÚBLICA** y **PLANIFICACIÓN SANITARIA**

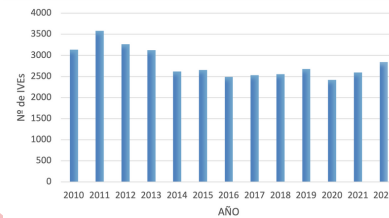
- ✓ Evaluar la **efectividad** de **medidas preventivas**
- ✓ **Diseñar estrategias** para los **grupos más vulnerables**
- ✓ **Apoyar** a profesionales en salud reproductiva, juventud o familia y educación

MATERIAL y MÉTODOS

- Estudio observacional transversal descriptivo:** Análisis de tasa de IVEs en Castilla y León y su evolución entre **2010 y 2022** en mujeres de la región.
- Variables analizadas** para conocer las características de las mujeres que optan por este procedimiento:
 - Demográficas:** edad, residencia, convivencia.
 - Socioeconómicas:** nivel educativo, financiación, ingresos propios.
 - Otras: uso de anticonceptivos, número de hijos previos, motivo, momento del procedimiento y método más utilizado.
- Proceso de recolección de datos:**
 - Aprobación** por el Comité de Ética (CEIm) de Valladolid
 - Fuente de Datos:** Portal de Datos Abiertos de la Junta de Castilla y León (Servicio de Estudios, Documentación y Estadística).
- Análisis de datos** con **SPSS 20.0** y organizados en **Excel**.
- Cumplimiento con el **Reglamento General de Protección de Datos** (RGPD 2026/679)

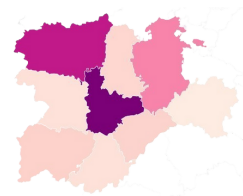
RESULTADOS y DISCUSIÓN

EVOLUCIÓN IVE en mujeres residentes en Castilla y León (2010-2022)



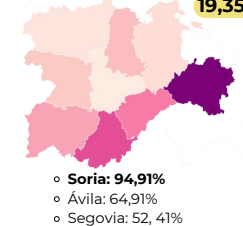
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Del **número de IVE** en CyL:



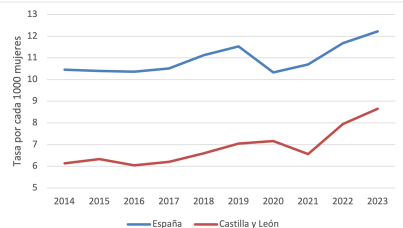
- Valladolid: 26,25%
- León: 22,11%
- Burgos: 15,45%
- Soria: 4,45%
- Zamora: 5,47%
- Ávila: 5,47%

De **derivaciones** de IVE a otras CCAA:



COMPARACIÓN TASAS de IVEs

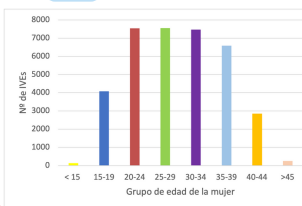
CyL vs. España (periodo 2014-2022)



En **2023** Castilla y León fue la **5ª comunidad** con **menor tasa** de IVE en toda España.

Características DEMOGRÁFICAS: (periodo 2013-2022)

EDAD



Lugar de residencia

- 71%** Viven en **grandes poblaciones** (>10.000 habitantes)

Modo de convivencia:

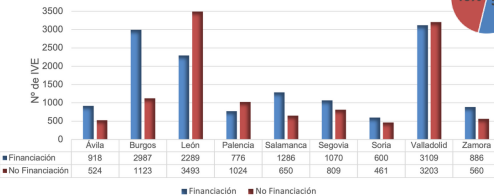
- 51,6%** en **pareja**
- 30%** con **padres** o **familia**
- 13,2%** **solas**

- Oscila entre **9 años** (1 caso en 2017) y **57 años** (1 caso en 2021).

81% mujeres de **20- 39 años**

Características SOCIOECONÓMICAS:

Tipo de financiación (periodo 2013-2022)



Cómputo global:

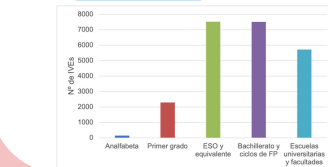
FINANCIACIÓN > NO FINANCIACIÓN

- Burgos:** provincia con **mayor financiación pública (72,6%)**.

NO financiación > Sí financiación:

- León (60,7%)**
- Palencia (56,9%)**
- Valladolid (50,7%)**

Nivel educativo



53% tiene **ingresos propios**

- Casi **la mitad** tienen **estudios** de ESO o FP/Bachillerato (24,79% y 24,75%, respectivamente)
- Un **18,86%** posee **estudios universitarios**
- Solo el **0,46%** **no tiene formación académica**.

Salud y situación reproductiva

Uso de anticonceptivos

- 63,7%** los emplea
- 36,8%** **no los usa**
- 50,5%** **NO** tenían **hijos previos**
- 69,2%** **NO** tenían **antecedentes** de **IVEs previas**

Motivos

- Decisión** de la mujer (**87,5%**)
- Grave riesgo** para la **salud materna**, principalmente por **trastornos psiquiátricos** (**8, 85%**)
- Momento de interrupción:**
 - 60% ANTES** de la **semana 9**
 - 8,16% DESPUÉS** de la **semana 14**

CONCLUSIONES

- La tasa de IVE en CyL es un **30-50% menor** a la media nacional.
- Valladolid, León, Burgos y Salamanca concentran el **70%** total de las IVEs.
- El **80,7%** ocurren en mujeres de **20-39 años**
- El **71%** vive en **grandes poblaciones**
- La mayoría viven en **pareja** y **tienen estudios**.
- Un **54%** son **financiadas** públicamente
- El **52%** cuentan con **ingresos propios**.
- Un **36,8%** **NO** utiliza **anticonceptivos**.
- La mayoría **no** tenían ningún **hijo** a su cargo **ni IVEs previas**.
- El principal motivo: **decisión** de la mujer.
- El **60%** fue antes de la semana 9; solo un **8,14%** después de las 14 semanas.
- Método** más utilizado: **dilatación y evacuación**.

BIBLIOGRAFÍA



Fuentes principales:
Ministerio de Sanidad y Portal de Datos Abiertos de la Junta de Castilla y León. Más referencias en el código QR.