

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA RIOJA

Boletín Epidemiológico de La Rioja. 2025; 3 (2): 16-23

ÍNDICE

Cita sugerida: Ramalle-Gómara E, Palacios-Castaño MI. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en La Rioja, años 2011 a 2024. Bol Epidemiol Rioja. 2025; 3(2): 16-23.

Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en La Rioja, años 2011 a 2024

Enrique Ramalle-Gómara, María Isabel Palacios-Castaño. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados de La Rioja.

Introducción

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal permitió la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) bajo determinados supuestos: que el embarazo supusiera un riesgo grave para la salud física o mental de la mujer embarazada (supuesto terapéutico), en caso de violación (supuesto criminológico) y en caso de malformaciones o taras, físicas o psíquicas, en el feto (supuesto eugenésico)¹. Posteriormente, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, despenalizó la práctica de la IVE durante las primeras 14 semanas del embarazo, además de conservar los supuestos anteriores². Finalmente, la 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, eliminó dos requisitos existentes en la Ley de 2010 que afectaban a la IVE durante las primeras 14 semanas de gestación: 1) Ya no es necesaria la información preceptiva a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y, en el caso de personas con alguna discapacidad y 2) ya no es necesario dar a la mujer plazo de reflexión de tres días. También extiende el derecho a la IVE a todas las mujeres que estén en España, con independencia de su nacionalidad o de si tienen o no residencia legal³.

La tasa de IVE en España descendió entre 2008 y 2016, pasando de 11,78 a 10,36 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, respectivamente⁴. Después de eso, ha aumentado progresivamente, con la excepción de los años 2020 y 2021, hasta alcanzar la tasa de 12,22 por cada 1.000 mujeres en 2023⁵.

El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de la incidencia de IVE en La Rioja en el periodo 2011 a 2024.

Material y métodos

Realizamos un estudio ecológico longitudinal⁶ de la tendencia en la incidencia de IVE en La Rioja durante el periodo 2011 a 2024. Los datos de las mujeres con residencia administrativa en La Rioja que han practicado una IVE proceden del registro Estatal de Interrupciones del embarazo. Se han analizado las siguientes variables: Edad, Convivencia, Nacionalidad, Nivel de estudios, Ingresos propios, Situación laboral y Año de IVE. Se calcularon tasas brutas, dividiendo el número de IVE en un año por la población correspondiente en el mismo año, tasas específicas por edad y tasas ajustadas según la población europea⁷ utilizando el método directo⁹. La estandarización por edad se usa para reducir el sesgo introducido por las variaciones en la distribución por edades en diferentes años calendario¹⁰. Todas las tasas se expresan por mil. Se calcularon también sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Con el fin de adaptarnos a los informes sobre IVE del Ministerio de Sanidad se han excluido para el análisis las mujeres con edades menores de 15 años y las de 45 y más años⁵.

Las tasas se suavizaron para su representación gráfica mediante regresión local LOESS¹¹. Para analizar la tendencia en las tasas de IVE e identificar los períodos entre 2011 y 2024 en que se produjeron cambios significativos en la tendencia de la tasa de IVE, se construyeron modelos de regresión joinpoint¹², asumiendo que las tasas de mortalidad edad siguen una distribución de Poisson. Utilizamos las tasas de IVE estandarizadas por edad como variable dependiente y el año de IVE como variable independiente. Estos modelos, también llamados “modelos segmentados de Poisson”, identifican los momentos en el tiempo en que se produce un cambio significativo en la tendencia en una serie. Cada uno de estos puntos en los que se produce un cambio en la tendencia se denomina joinpoint¹³. El modelo calcula, además, para cada uno de los segmentos definidos por los joinpoint, un porcentaje anual de cambio (APC)¹⁴ de la tasa de IVE, que se interpreta como un estimador del incremento o decremento de la tasa.

Los cálculos se realizaron con ayuda del programa “Joinpoint” del Surveillance Research Program of the US National Cancer Institute¹⁵. Para el cálculo de tasas ajustadas se utilizó el paquete “epitools”¹⁶ del programa R¹⁷. Se consideraron como estadísticamente significativos los valores de p menores o iguales a 0,05.

Resultados

Entre los años 2011 y 2024 se han practicado 5555 IVE en mujeres riojanas, de las que 16 tenían menos de 15 años (0,29%) y 42 más de 44 años (2,6%) Estos casos se han excluido, quedando para el análisis 5497 mujeres. El promedio anual de 394, un mínimo de 316 en el año 2020 y un máximo de 527 en el año 2011. La edad media fue de 28,6 años, con una desviación típica de 7,3 años. Las edades medias según nacionalidad fueron muy semejantes, España; 28,6; Rumanía: 29,5; Bolivia, Ecuador y Colombia: 27,5; Marruecos: 29,6 y Otras: 28,7. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las mujeres que interrumpieron su embarazo. La mayoría viven en pareja, su nivel de estudios es de Educación Secundaria y equivalentes o Bachillerato y FP equivalente, más de la mitad tienen ingresos propios, excepto las marroquíes (42,7%) y la mayoría es trabajadora por cuenta ajena.

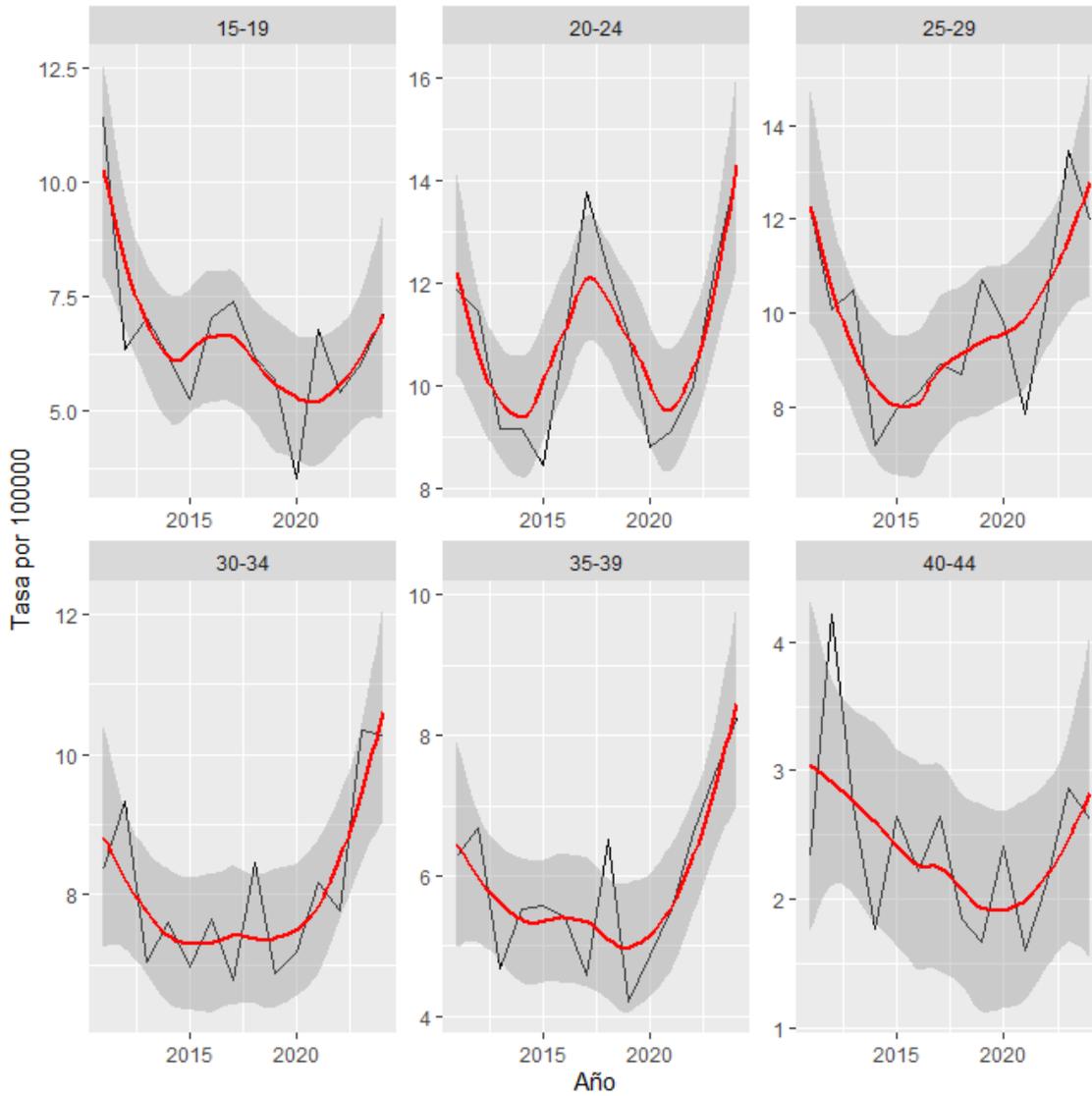
Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que interrumpieron su embarazo, según nacionalidad. La Rioja, 2011 a 2024

Variable	España		Rumanía		Bolivia, Ecuador, Colombia		Marruecos		Otros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Convivencia												
Sola	486	16,4	71	12,9	152	18,8	37	16,8	171	17,9	917	16,7
En pareja	1323	44,7	351	63,7	337	41,6	128	58,2	507	53,2	2646	48,1
Con padres/familiares	977	33	92	16,7	263	32,5	35	15,9	205	21,5	1572	28,6
Otras personas	82	2,8	26	4,7	38	4,7	15	6,8	39	4,1	200	3,6
No consta	95	3,2	11	2	20	2,5	5	2,3	31	3,3	162	2,9
Nivel de estudios												
Analfabeta o Sin estudios	6	0,2	25	4,5	32	4	24	10,9	62	6,5	149	2,7
Primer grado (6º Primaria y equivalentes)	200	6,7	90	16,3	99	12,2	37	16,8	124	13	550	10,0
ESO y equivalentes	998	33,7	235	42,6	293	36,2	88	40	320	33,6	1934	35,2
Bachillerato y FP equivalente	1025	34,6	139	25,2	275	34	55	25	283	29,7	1777	32,3
Universidad	656	22,1	25	4,5	62	7,7	7	3,2	118	12,4	868	15,8
No clasificables	6	0,2	21	3,8	16	2	4	1,8	25	2,6	72	1,3
No consta	72	2,4	16	2,9	33	4,1	5	2,3	21	2,2	147	2,7
Tiene ingresos propios												
Si	1806	61	341	61,9	474	58,5	94	42,7	494	51,8	3209	58,4
No	1062	35,8	200	36,3	318	39,3	118	53,6	435	45,6	2133	38,8
No consta	95	3,2	10	1,8	18	2,2	8	3,6	24	2,5	155	2,8
Situación laboral												
Trabajadora cuenta propia	125	4,2	13	2,4	15	1,9	7	3,2	41	4,3	201	3,7
Trabajadora cuenta ajena	1657	55,9	329	59,7	451	55,7	86	39,1	445	46,7	2968	54,0
Pensionista	7	0,2	1	0,2	5	0,6	1	0,5	0	0	14	0,3
Estudiante	462	15,6	26	4,7	99	12,2	11	5	107	11,2	705	12,8
Desempleada	506	17,1	115	20,9	161	19,9	56	25,5	172	18	1010	18,4
Trabajo doméstico no remunerado	78	2,6	34	6,2	33	4,1	31	14,1	99	10,4	275	5,0
Otras	33	1,1	15	2,7	25	3,1	14	6,4	51	5,4	138	2,5
No consta	95	3,2	18	3,3	21	2,6	14	6,4	38	4	186	3,4

Los porcentajes son sobre columna

La Figura 1 muestra la evolución de las tasas de incidencia de IVE por grupos de edad. Todos los grupos de edad, han tenido un incremento en las tasas de IVE a partir del año 2020.

Figura 1. Evolución de las tasas de incidencia de IVE por grupos de edad. La Rioja, 2011 a 2024

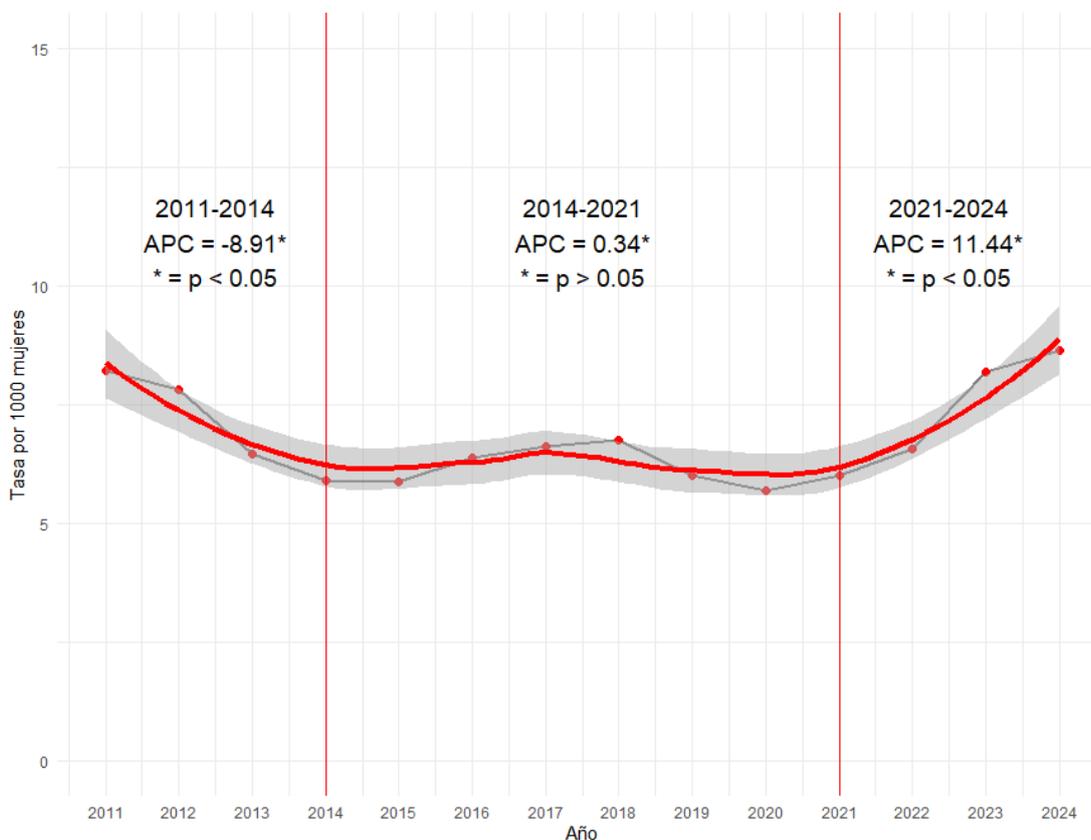


La tabla 2 incluye la evolución de los casos y las tasas de incidencia, tanto crudas como ajustadas por edad, por mil. La Figura 3 representa la evolución de las tasas ajustadas por edad, donde se aprecia que ha habido tres periodos con comportamientos distintos en las tasas de IVE. Entre 2011 y 2014 las tasas disminuyeron significativamente un 8,91% de promedio cada año. En 2014 se produjo un cambio en la tendencia hasta 2021 donde las tasas apenas tuvieron un incremento (no significado) del 0,34% anual y en 2021 volvieron a aumentar un 11,44% (significativo) cada año.

Tabla 2. Evolución de los casos y las tasas de incidencia por mil de las interrupciones voluntarias del embarazo en La Rioja, 2011-2024

Año	Casos	Tasa cruda	Tasa ajustada	Límite inferior de la tasa ajustada	Límite superior de la tasa ajustada
2011	527	8,2	8,5	7,8	9,3
2012	497	7,8	7,9	7,2	8,7
2013	402	6,5	6,7	6,0	7,4
2014	357	5,9	6,1	5,5	6,8
2015	346	5,9	6,1	5,4	6,7
2016	369	6,4	6,8	6,1	7,5
2017	376	6,6	7,1	6,4	7,9
2018	377	6,7	7,2	6,5	8,0
2019	335	6,0	6,5	5,8	7,3
2020	316	5,7	6,0	5,4	6,7
2021	330	6,0	6,4	5,7	7,1
2022	355	6,6	6,9	6,2	7,7
2023	443	8,2	8,6	7,8	9,5
2024	467	8,6	8,9	8,1	9,8

Figura 3. Tendencia de la evolución de las tasas de incidencia ajustadas por edad por mil de las interrupciones voluntarias del embarazo en La Rioja, 2011-2024



Conclusiones

La mayoría de las mujeres que han interrumpido su embarazo en el periodo 2011 a 2024 viven en pareja, su nivel de estudios es de Educación Secundaria y equivalentes o Bachillerato y FP equivalente, más de la mitad tienen ingresos propios, excepto las marroquies (42,7%) y la mayoría es trabajadora por cuenta ajena.

Todos los grupos de edad desde los 15 hasta los 44 años han tenido un incremento en las tasas de IVE desde el año 2020.

La evolución de las tasas de incidencia ajustadas por edad ha mostrado un patrón en forma de U, con tasas altas al inicio del periodo (2011, tasa de 8,5 casos por mil mujeres), más bajas entre 2014 y 2021 (tasas alrededor de 6,5 casos por mil mujeres) y más altas entre 2021 y 2024 (8,9 en 2024). En promedio, entre 2011 y 2014 las tasas disminuyeron significativamente un 8,91% cada año. En 2014 se produjo un cambio en la tendencia hasta 2021 donde las tasas apenas tuvieron un incremento (no significado) del 0,34% anual y en 2021 volvieron a aumentar de forma significativa un 11,44% cada año.

Bibliografía

1. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 9/1985 jul 12, 1985 p. 22041-22041. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>
2. BOE-A-2010-3514 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
3. 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]. Sec. 1, Ley Orgánica 1/2023 mar 1, 2023 p. 30334-75. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
4. Lapresa-Alcalde MV, Cubo AM, Alonso-Sardón M, Doyague-Sánchez MJ. Reproductive Health Practices in Spanish Women Who Underwent Voluntary Termination of Pregnancy. *Diseases*. 2023;11(1):37.
5. Ministerio de Sanidad - Áreas - Interrupciones voluntarias del embarazo [Internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Recuperado a partir de: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>
6. Levin KA. Study Design VI - Ecological Studies. *Evid Based Dent*. 2006;7(4):108-108.
7. Pace M, Cayotte E, Agafitei L, Zupanec T, Wojtyniak B, Gissler M, et al. Revision of the European Standard Population: report of Eurostat's task force : 2013 edition. Luxembourg: Publications Office; 2013.
8. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. Selvin S, Sacks ST, Merrill DW. Standardization of age-adjusted mortality rates [Internet]. California Univ., Berkeley (USA). Lawrence Berkeley Lab.; 1980 feb. Report No.: LBL-10323. Recuperado a partir de: <https://www.osti.gov/biblio/5277554>
10. Yuan X, Song F, Zhang L. Trend analysis of diabetic mortality. *The Lancet*. Elsevier; 2019;393(10184):1931-2.

-
11. James G, Witten D, Hastie T, Tibshirani R. An Introduction to Statistical Learning: with Applications in R. New York: Springer Science & Business Media; 2013.
 12. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates: (correction: 2001;20:655). *Stat Med.* 2000;19(3):335-51.
 13. Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, López-Campos JL, Otero Candeler R, Rodríguez-Matutes C. Joinpoint regression analysis of lung cancer mortality, Andalusia 1975-2000. *Ann Oncol.* 2004;15(5):793-6.
 14. Dragomirescu I, Llorca J, Gómez-Acebo I, Dierssen-Sotos T. A join point regression analysis of trends in mortality due to osteoporosis in Spain. *Sci Rep.* 2019;9(1):4264.
 15. Statistical Methodology and Applications Branch. Joinpoint Regression Program, Version 5.0. 1. Surveillance Research Program, National Cancer Institute; 2023.
 16. Aragon T. epitools: Epidemiology Tools. R package version 0.5-10.1. <https://CRAN.R-project.org/package=epitools>. 2020.
 17. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. URL <https://www.R-project.org/>; 2021.



Comité editorial: Enrique Ramalle Gómara, Eva Martínez Ochoa,
Carmen Quiñones Rubio

Edita: Consejería de Salud y Políticas Sociales. Sección de
Información Sanitaria.

Vara de Rey, 8, 1ª planta. 26071 Logroño (La Rioja)

Solicitudes: Teléfono: 941 29 19 77

Correo electrónico: eramalle@larioja.org
