Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2009;**23(5)**:415–419

Original

Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo

Laia Font-Ribera [a,b], Glòria Pérez [a,c,d,*], Albert Espelt [a,e], Joaquin Salvador [a,d] y Carme Borrell [a,c,d]

[a] *Servei de Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España*
[b] *Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Barcelona, España*
[c] *Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España*
[d] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España*
[e] *Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 29 de mayo de 2008
Aceptado el 1 de agosto de 2008
On-line el 5 de marzo de 2009

Palabras clave:
Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
Posición socioeconómica
Tiempo de gestación

RESUMEN

Antecedentes: El momento de la gestación en que se induce una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) determina el método, el riesgo de complicaciones y el coste económico de la intervención. El objetivo de nuestro estudio fue describir los determinantes del retraso de la IVE hasta el segundo trimestre de gestación en Barcelona.

Métodos: Estudio transversal de las IVE por motivos de salud física o mental de la mujer (Barcelona, 2004–2005; N = 9.175). El registro de IVE de la ciudad proporcionó el tiempo de gestación (variable dependiente), el nivel de estudios, la edad, la convivencia en pareja, el número de hijos, IVE anteriores y tipo de centro. Se calcularon razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante modelos de regresión log-binomial.

Resultados: El 7,7% de las IVE fueron de segundo trimestre y el 99,3% se realizaron en centros privados. En comparación con las mujeres con estudios universitarios, las que tienen educación primaria o menos tienen una RPa de 1,8 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,4–2,2) de IVE de segundo trimestre. También se registran más IVE de segundo trimestre en las menores de 18 años (RPa = 2,6; IC95%: 2,0–3,4), las que no conviven en pareja (RPa = 1,4; IC95%: 1,2–1,6) y en los centros públicos (RPa = 2,8; IC95%: 2,2–3,7). No hay diferencias en el retraso de la IVE entre las mujeres que han tenido IVE anteriores y las que no.

Conclusión: El retraso de la IVE hasta el segundo trimestre se asoció a niveles educativos más bajos, edades jóvenes, no convivencia en pareja y centros públicos, y se demuestra la existencia de desigualdades socioeconómicas en las condiciones de acceso a la IVE.
© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Determinants of induced abortion delay

Keywords:
Induced abortion
Socioeconomic status
Gestational age

ABSTRACT

Background: In induced abortion, the method, the risk of complications and the economic cost of the abortion are determined by gestational age. The aim of this study was to describe the determinants of induced abortion delay until the second trimester of pregnancy in Barcelona.

Methods: We performed a cross-sectional study of induced abortions due to the physical or mental health of the woman (Barcelona, 2004–2005; *N* = 9,175). The city's induced abortion register provided data on gestational age at abortion (dependent variable), educational level, age, cohabitation with the partner, number of children previous abortions, and type of center. Adjusted prevalence ratios (aPR) were calculated with log-binomial regression models.

Results: A total of 7.7% of induced abortions were second-trimester abortions and 99.3% were performed in private centers. Compared with women with a university education, those with primary education or less had an aPR of 1.8 (95% confidence interval [95%CI]: 1.4–2.2) of delaying the abortion until the second trimester. A higher proportion of second-trimester abortions were also recorded in women aged less than 18 years old (aPR = 2.6; 95%CI: 2.0–3.4), women not cohabiting with their partners (aRP = 1.4; 95% CI: 1.2–1.6) and in public centers (aPR = 2.8; 95%CI: 2.2–3.7). No differences were found in induced abortion delay among women with previous abortions and those without.

Conclusion: Induced abortion delay until the second trimester of pregnancy was associated with low educational level, young ages, not cohabiting with a partner, and public centers. This study demonstrates the existence of socioeconomic inequalities in access conditions to abortion services.
© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El aborto provocado, o interrupción voluntaria del embarazo (IVE), es una práctica médica ampliamente utilizada y muy segura[1]. La tasa de IVE en España ha ido en aumento desde la aprobación de la ley que recogía los supuestos de su despenalización, en 1985[2]. Durante el año 2004, el 24,6% de los embarazos de las mujeres de Barcelona acabaron en una IVE[3]. Más del 96% de las IVE que se realizan en nuestro país se acogen al supuesto de «peligro para la salud física o mental de la mujer»[2] y, entre éstas, prácticamente en todas se alega peligro para la salud mental y corresponden a embarazos no deseados. La mayoría de estas IVE se realizan durante el primer trimestre del embarazo, pero hay algunas que se retrasan indeseadamente hasta el segundo trimestre[2].

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gperez@aspb.cat (G. Pérez).

0213-9111/$ - see front matter © 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gaceta.2008.08.001

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El tiempo de gestación en el momento en que se produce la IVE es un aspecto importante porque determina el método abortivo que se puede utilizar y el riesgo de complicaciones y de mortalidad[4–6], así como el coste económico de la intervención[7], su privacidad[8] y el estrés emocional asociado[9]. A medida que aumenta la edad gestacional la técnica abortiva resulta más invasiva y cara, supone un mayor riesgo para la salud de la mujer y es más difícil encontrar un proveedor dispuesto a realizarla[7].

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español no costea la inmensa mayoría de las IVE[2], lo que podría implicar desigualdades en el acceso a este servicio. Recientemente se ha puesto de manifiesto que tener un bajo nivel de estudios es un factor de riesgo para que los embarazos no planificados acaben en una IVE[10]. Sin embargo, se desconoce si la posición socioeconómica de la mujer que aborta u otras características demográficas están relacionadas con el retraso de la IVE hasta al segundo trimestre.

El objetivo de este estudio fue describir los determinantes del retraso de la IVE hasta el segundo trimestre de gestación en la ciudad de Barcelona, en los años 2004 y 2005.

Métodos

Población de estudio y fuente de información

El estudio fue transversal y de base individual. La población de estudio fueron las IVE en mujeres residentes en la ciudad de Barcelona que se realizaron durante los años 2004 y 2005, por motivos de salud física o mental de la mujer (n = 9.175). Las IVE debidas a violación (n = 3) y a malformación del feto (n = 738) se excluyeron porque en su mayoría son costeadas por el SNS, y por lo tanto las condiciones de acceso a los servicios abortivos para este tipo de IVE son diferentes[11].

La fuente de información utilizada fue el registro de IVE de la ciudad de Barcelona, que recoge información sobre la totalidad de las IVE legales en las mujeres residentes en la ciudad[11]. Los centros sanitarios autorizados para su realización rellenan un cuestionario anónimo e individual por cada IVE, y anualmente envían estos cuestionarios al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, el cual a su vez remite los datos al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Variables y análisis estadístico

La variable dependiente fue el tiempo de gestación en el momento de la IVE, distribuido en 12 semanas o menos (primer trimestre) o más de 12 semanas (denominado segundo trimestre, aunque en algunos pocos casos llega hasta el tercer trimestre). Las variables independientes analizadas fueron el nivel de estudios de la mujer como indicador de la posición socioeconómica (agrupado en primaria, secundaria hasta 1er grado, secundaria hasta 2° grado y estudios universitarios), la edad de la mujer (agrupada en 11–17, 18–25, 26–39 y 40–50 años), la convivencia en pareja durante el embarazo (sí o no), el número de hijos vivos en el momento de la IVE (ninguno, 1, 2 o más), haber realizado alguna IVE anteriormente (sí o no) y el tipo de centro donde se realizó el aborto (público o privado).

Se realizó un análisis descriptivo univariado y otro bivariado para describir la distribución de las IVE según cada una de las variables independientes y por tiempo de gestación (primer o segundo trimestre). Para determinar la asociación entre el tiempo de gestación y las variables nivel de estudios, edad, número de hijos, convivencia en pareja, IVE anterior y tipo de centro se calcularon razones de prevalencia (RP)[12] mediante 6 modelos de regresión log-binomial. Primero se determinó la asociación entre el tiempo de gestación y cada una de las variables independientes, y posteriormente la asociación mediante un modelo multivariado completo con todas las variables explicativas juntas, utilizando los paquetes estadísticos SPSS.12 y STATA-9.

Resultados

El 7,7% de las IVE incluidas en el estudio se hicieron en el segundo trimestre del embarazo. La mediana del tiempo de gestación en el momento de la IVE fue de 8,42 semanas (desviación estándar: 2,89), con un mínimo de 4 semanas y un máximo de 26 semanas. El 19,5% de las mujeres tenían educación primaria o inferior, el 4,3% eran menores de 18 años y el 54,6% no convivían en pareja. El 32,2% de las mujeres que se sometieron a una IVE ya habían realizado alguna anteriormente. El 99,3% de las IVE se llevaron a cabo en centros privados (tabla 1).

En la tabla 2 se muestra la distribución de las IVE de segundo trimestre según las variables analizadas. El trimestre de gestación en que se realiza la IVE está asociado a todas las variables analizadas, excepto a IVE anteriores. Así, a menor nivel de estudios más proporción de IVE se retrasan hasta el segundo trimestre. Las mujeres menores de 18 años también tienden a retrasar más las IVE, así como aquellas que no conviven en pareja y las que tienen hijos vivos de embarazos anteriores. En los centros públicos hay más proporción de IVE de segundo trimestre que en los centros privados. En cuanto al análisis multivariado, se muestran las RP crudas y ajustadas de retrasar la IVE hasta el segundo trimestre del embarazo en función del nivel de estudios, la edad de la mujer, tener hijos, convivir en pareja, haber tenido IVE anteriores y el tipo

Tabla 1
Descripción de las variables incluidas en el estudio de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en el supuesto legal de peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. Barcelona, 2004–2005

	N[a] (%)
Tiempo de gestación en el momento de la IVE	
Primer trimestre	8.464 (92,3)
Segundo trimestre	711 (7,7)
Nivel de estudios	
Primarios o menos	1.791 (19,6)
Secundarios (1er grado)	2.986 (32,7)
Secundarios (2° grado)	2.281 (25,0)
Universitarios	2.080 (22,8)
Edad (años)	
11 a 17	390 (4,3)
18 a 25	3.622 (39,5)
26 a 39	4.746 (51,7)
40 a 50	417 (4,5)
Convive en pareja	
No	5.009 (54,6)
Sí	4.160 (45,4)
Hijos	
0	5.042 (55,0)
1	2.016 (22,0)
2 o más	2.117 (23,1)
IVE anteriores	
No	6.315 (68,8)
Sí	2.860 (31,2)
Tipo de centro	
Público	62 (0,7)
Privado	9.088 (99,3)
Total	9.175 (100)

[a] Algunas variables no suman 9.175 debido a datos desconocidos.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

de centro. Después de ajustar por el resto de variables independientes se observa que las mujeres con educación primaria o inferior tienen una RP de 1,8 de retrasar la IVE hasta el segundo trimestre (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,4–2,2) en comparación con las mujeres con estudios universitarios.

Por lo que respecta a la edad, una vez ajustado el efecto del resto de las variables se observa que las mujeres menores de 18 años presentan una proporción superior de IVE en el segundo trimestre (RP = 2,6; IC95%: 2,0–3,4). Aunque en menor medida, las mujeres entre 18 y 25 años también tienden a retrasar la IVE comparadas con las de 26 a 39 años (RP = 1,3; IC95%: 1,1–1,5). También tienen más riesgo de retrasar la IVE hasta el segundo trimestre las mujeres que tienen hijos (RP = 1,8; IC95%: 1,5–2,1) y las que no conviven en pareja (RP = 1,4; IC95%: 1,2–1,6),

Las mujeres que ya se han sometido a alguna IVE anterior no se diferencian en cuanto al tiempo de gestación en el momento de abortar de aquellas que realizan su primera IVE (RP = 1,0; IC95%: 0,9–1,2). Finalmente, en los centros públicos se observa una mayor proporción de IVE de segundo trimestre que en los centros privados (RP = 2,8; IC95%: 2,2–3,7).

Tabla 2
Prevalencia y razones de prevalencia (RP) simples y ajustadas de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) realizadas en el segundo trimestre de gestación en el supuesto legal de peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. Barcelona, 2004–2005

	IVE de segundo trimestre (N = 711)		RP de IVE de segundo trimestre	
	N (%)	Valor de p	RP cruda (IC95%)[b]	RP ajustada[a] (IC95%)[b]
Nivel de estudios		<0,001		
Primarios o menos	238 (13,3)		2,4 (1,9–2,9)	1,8 (1,4–2,2)
Secundarios (1er grado)	229 (7,7)		1,4 (1,1–1,7)	1,1 (0,9–1,4)
Secundarios (2° grado)	126 (5,5)		1,0 (0,8–1,3)	0,8 (0,7–1,1)
Universitarios	117 (5,6)		1	1
Edad (años)		<0,001		
11 a 17	63 (16,2)		2,3 (1,8–2,9)	2,6 (2,0–3,4)
18 a 25	283 (3,1)		1,1 (0,9–1,3)	1,3 (1,1–1,5)
26 a 39	336 (7,1)		1	1
40 a 50	29 (7,0)		1,0 (0,7–1,4)	0,9 (0,6–1,3)
Convive en pareja		0,020		
No	419 (8,4)		1,2 (1,0–1,4)	1,4 (1,2–1,6)
Sí	292 (7,0)		1	1
Hijos		<0,001		
0	325 (6,4)		1	1
1	190 (9,4)		1,5 (1,2–1,7)	1,8 (1,5–2,1)
2 o más	196 (9,3)		1,4 (1,2–1,7)	1,9 (1,5–2,3)
IVE anteriores		0,297		
No	477 (7,6)		1	1
Sí	234 (8,2)		1,1 (0,9–1,3)	1,0 (0,9–1,2)
Tipo de centro		<0,001		
Público	17 (27,4)		3,6 (2,4–5,4)	2,8 (2,2–3,7)
Privado	694 (7,6)		1	1

[a] RP ajustada por el resto de variables.
[b] Intervalo de confianza del 95%.

Discusión

El retraso de la IVE hasta el segundo trimestre del embarazo en las mujeres de Barcelona que abortaron por riesgo para su salud se asoció a bajos niveles educativos, edades jóvenes, no convivir en pareja y acudir a un centro público.

La IVE es un proceso médico casi urgente, que resulta más costoso cuando se retrasa hasta el segundo trimestre del embarazo[13]. Por eso, las mujeres que deciden interrumpir su embarazo prefieren hacerlo cuanto antes[13], y además, su grado de satisfacción con la intervención mejora cuanto menor es el tiempo de gestación[14]. Desde que se produce el embarazo hasta la realización de la IVE, las gestantes pasan por una serie de fases que pueden sufrir retrasos: la sospecha del embarazo, la confirmación, la decisión de interrumpirlo, la búsqueda del proveedor del servicio, la concreción de una cita y la reunión del dinero para pagar la intervención[15]. El retraso en conocer el embarazo se apuntó como causa principal para haber retrasado el momento de la IVE en el 58% de las IVE de segundo trimestre en un estudio en Estados Unidos[16]. Las características demográficas y socioeconómicas de las gestantes determinan las capacidades y los recursos de que disponen para pasar por cada una de estas fases previas a la IVE (fig. 1). Por ejemplo, las mujeres de posición socioeconómica más desfavorecida tardan más tiempo en darse cuenta de que están embarazadas[15]. En Cataluña, el test del embarazo no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y su precio oscila entre 10 y 20 euros. En una muestra de nacimientos representativa del global de la ciudad de Barcelona también se observó que las mujeres con menos estudios tardaban más semanas en darse cuenta de que estaban embarazadas (resultados no mostrados).

Hemos encontrado que el perfil de mujeres con mayor riesgo de someterse a una IVE de segundo trimestre es el de las más vulnerables, como son las jóvenes, especialmente las menores de 18 años, las que no conviven en pareja y las que no tienen estudios secundarios. Estos resultados concuerdan con los descritos en un estudio en Canadá y otro en Italia, donde tener un bajo nivel de estudios[17] o ser joven[17,18] también se asocia a un retraso en el momento de abortar. En Cataluña, dentro del marco de la ley de los derechos de autonomía de la persona[19] y bajo el supuesto del

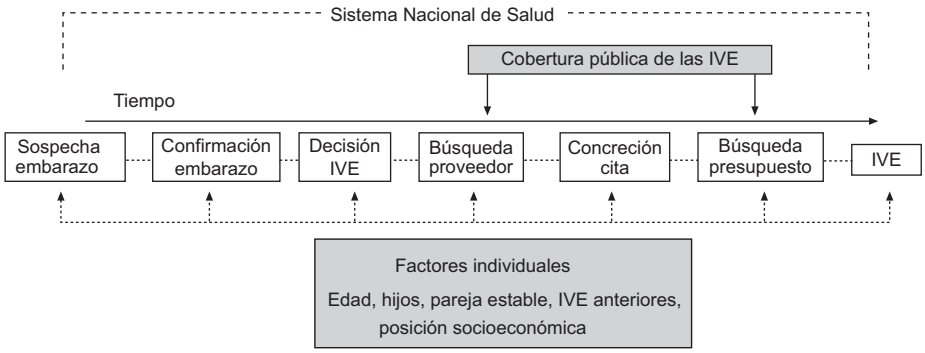

Figura 1. Mapa conceptual de las etapas y los factores relacionados con el retraso de la interrupción voluntaria del embarzao (IVE).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

menor maduro, las mujeres menores de 18 años, sobre todo si son mayores de 16 años y emancipadas, no necesitan el consentimiento de sus padres para someterse a una IVE. Aun así, los resultados de nuestro estudio indican que las menores de 18 años de Barcelona están en riesgo de retrasar el momento de la IVE hasta el segundo trimestre. En España también se ha observado que las mujeres con menor nivel de estudios en Almería[20] y las inmigrantes en Asturias[21] realizan las IVE con más tiempo de gestación. Aunque se apunta que los motivos declarados para retrasar la IVE pueden diferir según etnias[22], en algunos países no occidentales, como Sudáfrica[23] y Vietnam[24], las mujeres también declaran como motivo de retraso de la IVE el haber detectado tarde el embarazo, tener dificultades de acceso a los servicios abortivos o tener un conocimiento pobre sobre la ley del aborto. La indecisión sobre si someterse o no a un aborto, influenciada por factores personales, emocionales o religiosos, también se declara frecuentemente.

Ya tener hijos en el momento de interrumpir un embarazo aparece como otro factor que favorece el retraso de la IVE al segundo trimestre. En este caso, el retraso se podría deber a que estas mujeres meditan más la decisión de abortar, ya que su entorno puede ser más favorable para seguir adelante con el embarazo. También se ha observado que las mujeres con hijos a su cargo posponen el momento de abortar por falta de tiempo para concretar la intervención[15].

Contrariamente a lo descrito en un estudio canadiense[6], las mujeres de nuestra población que se someten a una segunda IVE no lo hacen con menos tiempo de gestación que las que no han realizado ninguna antes, lo que indicaría que no hay un aprendizaje sobre el proceso de acceder rápidamente a los servicios abortivos. La variable «IVE anterior» que se recoge en el registro de IVE es declarada por la mujer en el momento de la IVE actual, y por lo tanto podría estar infradeclarada en el registro. Si esta infradeclaración fuese mayor en las mujeres con una IVE en el segundo trimestre, la asociación entre retraso en la IVE y haber tenido una IVE anterior podría estar sesgada.

Además de los factores individuales, la calidad y el grado de cobertura del SNS determinan las condiciones en que se mueven las mujeres que quieren interrumpir su embarazo. Cabe señalar que en España no existe ningún criterio uniforme que determine qué IVE están financiadas por el SNS y, en la práctica, los centros públicos sólo realizan algunas de las IVE por malformaciones fetales, mientras que las debidas a la salud de la mujer se hacen en centros privados. En Cataluña existe la asociación *Salut i Família*, que paga con fondos públicos una proporción de las IVE en función del nivel socioeconómico de las mujeres. Esta subvención, que cubre parcialmente el coste de la intervención, se atorgó al 21,8% del total de las IVE legales en el año 2004[25]. Es probable que la existencia de esta ayuda pública reduzca las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la IVE en Barcelona.

Estudios realizados en otros países apuntan que el acceso a los servicios abortivos es más fácil y rápido en los centros privados que en los públicos[26,27], lo que podría estar en concordancia con nuestros resultados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los hospitales públicos han atendido sólo el 0,7% de las IVE por motivos de salud de la mujer, y que probablemente las mujeres que han acudido en estos centros tengan alguna característica especial, como por ejemplo tener embarazos de mayor riesgo. En este sentido, los datos de *Salut i Família* señalan que las mujeres derivadas a estos hospitales tienen más riesgo físico para su embarazo y para la IVE, por ejemplo seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana, lo que explicaría el mayor porcentaje de IVE de segundo trimestre en estos centros.

La mayoría de los estudios publicados sobre las características de las IVE no se basan en un registro[15,17,26,27] sino en encuestas en las cuales una muestra de mujeres declara su historia reproductiva por vía telefónica, en una entrevista personal o autoadministrada por ordenador. La infradeclaración de los abortos en estas encuestas es muy elevada, y además varía en función del tiempo de gestación[28] y de las características sociodemográficas de las mujeres[29]. En este sentido, como nuestro estudio se basa en un registro que incluye el total de las IVE legales de las mujeres de Barcelona, la calidad de nuestros datos sería mejor y estaría más libre de sesgos que los estudios basados en encuestas. Sin embargo, en el registro no se incluyen las IVE ilegales, es decir, aquellas que se hayan realizado fuera del sistema sanitario, como las IVE autoinducidas mediante fármacos. El misoprostol es un fármaco que se utiliza ampliamente como abortivo en otros países, pero en España no está autorizado para este uso. Se sabe que las mujeres de algunos países donde el aborto está legalmente muy restringido recurren a este fármaco[30,31], y es probable que algunos colectivos lo estén utilizando como abortivo también en España. Sería esperable que la proporción de IVE de segundo trimestre fuese menor entre estas IVE ilegales, y que la proporción de mujeres de posición socioeconómica desfavorecida fuese mayor. Aunque esta situación podría haber sesgado nuestros resultados, creemos que no es el caso puesto que estimamos que las IVE ilegales que no quedan registradas representan un porcentaje muy bajo del total.

Por otra parte, la información disponible en los registros no incluye datos sobre algunas características de las mujeres, como su nivel de ingresos o sus creencias, que podrían estar relacionadas con el análisis efectuado. Recientemente se han incluido en el registro las variables país de origen de la mujer y año de llegada a España, información que ayudará a comprender mejor la realidad de las IVE legales en nuestro país. Debido a que la distancia hasta el proveedor de la IVE se ha descrito como motivo de retraso de la intervención[13], sería interesante analizar si hay desigualdades en el tiempo de gestación entre las IVE en los distintos territorios de Cataluña, ya que la inmensa mayoría de ellas se realizan en la provincia de Barcelona[11].

La falta de financiación pública de las IVE es un hecho paradójico dentro del SNS español, que genera desigualdades en las condiciones de acceso y en el retraso hasta el segundo trimestre. A nuestro parecer, si las IVE fuesen cubiertas por el SNS se reduciría el tiempo de gestación en el momento de su interrupción, sobre todo en aquellas mujeres más desfavorecidas. La equidad del SNS se basa en la prestación universal y gratuita de la atención a la salud a toda la población, de la cual no deben excluirse las IVE.

Agradecimientos

Agradecemos a Roser Bosser y a Rosa Gispert, del Servei d'Informació i Estudis de la Generalitat de Catalunya, los datos que conforman el registro de IVE legales de la ciudad de Barcelona.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Harper CC, Henderson JT, Darney PD. Abortion in the United States. Annu Rev Public Health. 2005;26:501–12.
2. Interrupciones voluntarias del embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos.
3. Informe de Salut de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006.
4. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. Obstet Gynecol. 2004;103:729–37.
5. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. Obstet Gynecol. 2004;104:174–85.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

6. Wadhera S, Millar WJ. Second trimester abortions: trends and medical complications. Health Rep. 1994;6:441–54.
7. Henshaw SK. The accessibility of abortion services in the United States. Fam Plann Perspect. 1991;23:246–52. 263.
8. Chasen ST, Kalish RB, Chervenak FA. Gestational age at abortion: the impact of first-trimester risk assessment for aneuploidy. Am J Obstet Gynecol. 2006;195: 839–42.
9. Adler NE, David HP, Major BN, et al. Psychological responses after abortion. Science. 1990;248:41–4.
10. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. J Urban Health. 2008;85:125–35.
11. Avortament legal a Catalunya, 2005. Registre d'Interrupció Voluntària de l'Embaràs. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/avorlegal2005.pdf.
12. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarin MI, et al. Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies. Gac Sanit. 2003;17:70–4.
13. Henshaw SK. Factors hindering access to abortion services. Fam Plann Perspect. 1995;27:54–9. 87.
14. Zapka JG, Lemon S, Peterson LE, et al. The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services. Med Care. 2001;39:50–60.
15. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, et al. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. Contraception. 2006;74: 334–44.
16. Drey EA, Foster DG, Jackson RA, et al. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. Obstet Gynecol. 2006;107:128–35.
17. Guilbert E, Marcoux S, Rioux JE. Factors associated with the obtaining of a second-trimester induced abortion. Can J Public Health. 1994;85:402–6.
18. Carriero C, Ceci OR, Melilli GA, et al. Socio-demographic factors and indications in second trimester voluntary abortion. Panminerva Med. 2000;42:33–7.
19. Carta de drets i deures dels ciutadans, en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/ass.pdf.
20. Barroso P, Lucena M, Parrón T. Voluntari interruption of pregnancy among women in health district within the 1998–2002 period. Almeria. Rev Esp Salud Publica. 2005;79:493–501.
21. Uria M, Mosquera C. Legal abortion in Asturias (Spain) after the 1985 law: sociodemographic characteristics of women applying for abortion. Eur J Epidemiol. 1999;15:59–64.
22. Lynxwiler J, Wilson M. A case study of race differences among late abortion patients. Women Health. 1994;21:43–56.
23. Harries J, Orner P, Gabriel M, et al. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. Reprod Health. 2007;4:7.
24. Gallo MF, Nghia NC. Real life is different: a qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. Soc Sci Med. 2007;64: 1812–22.
25. Associació Salut i Família. Programa d'atenció a la maternitat a risc. 2004. Disponible en: http://www.saludyfamilia.es/downloads/Memoria%20IVE%202006%20Cast.pdf.
26. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, et al. Induced abortion in France: results of the COCON study. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005;34:53–61.
27. Moreau C, Bajos N, Bouyer J. Access to health care for induced abortions: analysis by means of a French national survey. Eur J Public Health. 2004;14: 369–74.
28. Jones RK, Kost K. Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. Stud Fam Plann. 2007;38:187–97.
29. Fu H, Darroch JE, Henshaw SK, et al. Measuring the extent of abortion underreporting in the 1995 National Survey of Family Growth. Fam Plann Perspect. 1998;30:128–33. 138.
30. Coelho HL, Teixeira AC, Santos AP, et al. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. Lancet. 1993;341:1261–3.
31. Hess RF. Women's stories of abortion in southern Gabon, Africa. J Transcult Nurs. 2007;18:41–8.