

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

17595 *ORDEN de 16 de junio de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.*

Ilustrísimos señores:

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal establece no punible el aborto en determinados supuestos y exige la realización del mismo en centros o establecimientos sanitarios públicos o privados acreditados. El Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la Orden de 31 de julio de 1985, establece los requisitos necesarios para considerar acreditados centros o establecimientos sanitarios a efectos de la práctica del aborto.

La vigilancia epidemiológica es una de las funciones que tradicionalmente vienen desempeñando los Servicios Sanitarios Públicos. En la actualidad asistimos a una ampliación del campo de actuación de las actividades de la vigilancia epidemiológica, clásicamente enfocadas al estudio de las enfermedades transmisibles, debido, entre otras razones, al cambio del patrón de morbi-mortalidad, a la incorporación de métodos cuantitativos poco o nada empleados hace unas décadas, y al moderno desarrollo teórico de la epidemiología. Esto ha hecho que la vigilancia epidemiológica se haya convertido en un instrumento para el estudio de problemas de salud pública, aparentemente tan diversos como los accidentes, malformaciones congénitas o el aborto, así como la evaluación de los programas sanitarios.

El elemento básico de todo sistema de vigilancia epidemiológica es la recogida de información que una vez codificada, tabulada y analizada servirá de base tanto para la formulación de políticas de salud como para la toma de medidas inmediatas en orden al logro de la mejora de los niveles de salud de la población.

Para que la vigilancia epidemiológica pueda cumplir fielmente los objetivos propuestos y aporte elementos para la planificación sanitaria, es necesario contar con estadísticas referidas al conjunto del Estado, que, según lo establecido en el artículo 149.1, 31.ª de la Constitución, son de su competencia exclusiva.

En su virtud, el Ministerio de Sanidad y Consumo, dispone:

Artículo 1.º Cada interrupción voluntaria del embarazo, realizado de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y la Orden de 31 de julio de 1985, deberá ser notificada a la autoridad sanitaria, en los términos que se establece en el artículo 4.º de la presente Orden. Con el fin de preservar el anonimato de la interesada en el modelo de impreso aludido en el artículo 2.º, no figurará el nombre ni los apellidos de la misma. Asimismo, las autoridades sanitarias encargadas del tratamiento de

la información velarán por la conservación de la confidencialidad de los datos contenidos en el mencionado impreso, que no podrán ser hechos públicos de forma individualizada.

Art. 2.º La notificación a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se efectuará mediante el impreso que figura en el anexo 1.

Art. 3.º A todos los efectos, la obligatoriedad de la notificación recaerá sobre el Médico responsable de la asistencia a la interrupción voluntaria del embarazo, quien deberá cumplimentar el impreso de notificación en el momento del alta hospitalaria.

Art. 4.º El circuito que deberá seguir la información en el ámbito de cada Comunidad Autónoma será el que establezca la Consejería de Sanidad correspondiente, que tendrá la responsabilidad de informar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la remisión del ejemplar correspondiente del impreso de la notificación, cuya codificación se reserva a la referida Dirección General de Salud Pública. En las Comunidades Autónomas en las que no se regule dicho circuito y en el resto hasta tanto se haga será el siguiente: El Médico responsable lo enviará a la Comisión de Evaluación del Centro, éste a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma en la provincia correspondiente, quien, a su vez, lo enviará a los Servicios Sanitarios Centrales de la respectiva Consejería de Sanidad.

Art. 5.º El envío de la información a la Administración del Estado se efectuará de tal forma que el tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta la recepción en la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo no excederá de tres semanas.

Art. 6.º La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, facilitará a las respectivas Consejerías de Sanidad la siguiente información:

Información trimestral y provincializada de la interrupción voluntaria del embarazo, con su distribución, según las características básicas de la población en que se han realizado.

Los criterios de codificación utilizados por la aludida Dirección General, y los códigos de identificación de cada hospital, así como las modificaciones que se puedan producir en los mismos.

DISPOSICION ADICIONAL

La Dirección General de Salud Pública queda facultada para introducir en el modelo de notificación las modificaciones necesarias para un mejor cumplimiento de los objetivos a la vista de los datos que se vayan obteniendo.

Lo que comunico a VV. II.
Madrid, 16 de junio de 1986.

LLUCH MARTIN

Ilmos. Sres. Subsecretario de Sanidad y Consumo y Directores generales del Departamento.



ANEXO

De acuerdo con la Ley este impreso es

ANONIMO Y CONFIDENCIAL**MINISTERIO DE SANIDAD
Y CONSUMO**

NOTIFICACION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Antes de cumplimentar este cuestionario
léanse por favor las definiciones.

Los datos contenidos en este boletín no podrán ser
hechos públicos de forma individualizada en ningún
caso.

Serán utilizados únicamente con fines sanitarios y
estadísticos.

DEFINICIONES

El Boletín deberá ser rellenado y firmado por el médico que realice la interrupción del embarazo.

Como norma general todas las preguntas en las que se ofrecen varias respuestas serán contestadas marcando en el recuadro correspondiente a la respuesta efectuada. Todas las preguntas son de respuesta única, excepto la C.2.1. (¿Ha utilizado métodos anticonceptivos...?) y la C.3.3. (¿Motivos de la interrupción del embarazo?)

(1).- En los estudiantes se marcará el nivel en el que se encuentren actualmente. En el resto se marcará el nivel superior alcanzado.

Se diferencian los siguientes niveles de instrucción:

1 Analfabeta o sin estudios.

Se consideran personas analfabetas aquellas personas que:

- No pueden leer ni escribir.
- Pueden leer pero no escribir.
- Pueden leer y escribir solo una o varias frases que recuerden de memoria.
- Pueden leer y escribir solamente números o su propio nombre.
- Comprenden también a aquellas personas que no han asistido a la Escuela Primaria, al menos durante cinco años escolares y que son alfabetas, es decir, capaces de leer y escribir, comprendiendo, una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida corriente.

2 Primer Grado, 1º ciclo (5º E.G.B. incluido)

- Educación Especial.
- Enseñanza Primaria (cinco cursos escolares como mínimo).
- Enseñanza de Iniciación Profesional (Preaprendizaje Industrial).
- Estudios de Alfabetización de adultos.
- Se incluyen las personas que posean Certificado Oficial de Estudios Primarios.

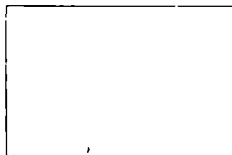
3 Segundo Grado, 1º ciclo (8º E.G.B. incluido)

- Estudios en Conservatorios de Música (Grado Elemental).
- Estudios de Artes Aplicadas, Oficios Artísticos y Cerámica.
- Estudios de Bachillerato Elemental (General, Laboral o Técnico)
- Otros estudios medios elementales (Capacitación Agraria, Formación Profesional Acelerada (P.P.O.), Auxiliares Administrativos, Cultura General, Mecanografía, Taquigrafía, etc).



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SELLO DEL CENTRO

CODIGO DEL CENTRO
(No escribir)

CCAA	PROV	MUN	Nº Ord	FIN	DEP

Nombre del Centro Sanitario _____

Provincia _____

CODIGOS
NO ESCRIBIR

DIA MES AÑO

EC

PROV MUN

CCAA c/

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

1. Fecha de nacimiento: Día Mes Año
2. Estado Civil: ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Viuda ☐ Divorciada o separada
3. Lugar de residencia habitual: Provincia _____ Municipio _____
Calle (sólo residentes en municipios mayores de 200.000 habitantes) _____
4. Nivel de instrucción (1) (poner una cruz en la casilla correspondiente):
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Analfabeta o sin estudios | <input type="checkbox"/> 4 Segundo grado, 2º ciclo (BUP, COU...) |
| <input type="checkbox"/> 2 Primer grado (5º EGB incluido) | <input type="checkbox"/> 5 Tercer grado (Estudios Universitarios) |
| <input type="checkbox"/> 3 Segundo grado, 1º ciclo (8º EGB incluido) | <input type="checkbox"/> 6 No clasificables por grados y no bien clasificados. |
5. Situación profesional (2) (poner una cruz en la casilla correspondiente):

MUJER

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - sus labores | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 - pensionista | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 - estudiante | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 - parada/o o en busca del primer empleo remunerado | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 - patrona/o o profesional que emplea personal | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 - empresaria/o o profesional que no emplea personal o trabajador por cuenta propia | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 - personal que trabaja a sueldo, jornal comisión u otra clase cualquiera de remuneración | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 - otras (3) | <input type="checkbox"/> 8 |

CONYUGE O SUSTENTADOR PRINCIPAL

MUJER

CONY O SUST PRINC

B. DATOS DE LA ASISTENCIA

1. Centro o Servicio Sanitario donde se informó por primera vez sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo (poner una cruz en la casilla correspondiente):

Centro de Planificación Fam. Consulta de Ginecología/Tocología ☐ 5 Otros, especificar _____

☐ 1 Público ☐ 3 Público

☐ 2 Privado ☐ 4 Privado

2. Fecha de esta primera consulta: Día Mes Año

DIA MES AÑO

C. DATOS CLINICOS

C.1. DATOS SOBRE EMBARAZOS ANTERIORES

1. Indicar el número de embarazos, abortos provocados, abortos espontáneos, nacidos muertos y nacidos vivos que haya tenido la mujer con anterioridad al aborto actual (4).

- Nº de embarazos _____
- Nº de abortos provocados _____
- Nº de abortos espontáneos _____
- Nº de nacidos muertos _____
- Nº de nacidos vivos _____

- Fecha del último parto o aborto

Día Mes Año

2. Indicar el número de hijos que viven en la actualidad _____

C.2. DATOS SOBRE ANTICONCEPCION

Ha utilizado métodos anticonceptivos durante el año anterior a este aborto? ☐ 5

- ☐ 1 - No ha utilizado
- ☐ 2 - Naturales
- ☐ 3 - De barrera
- ☐ 4 - Hormonales
- ☐ 5 - D.I.U.
- ☐ 6 - Quirúrgicos
- ☐ 7 - Otros, especificar _____

ANTICONCEPCION

EMB

AB PROV

AB ESP

N MUERTOS

N VIVOS

DIA MES AÑO

HIJOS VIVOS

CODIGOS
NO ESCRIBIR

C.3. DATOS DE LA INTERVENCION

1. Tiempo de gestación, en el momento del aborto, estimado por el médico --- semanas

2. Fecha de intervención: Día Mes Año

3. Motivos de la interrupción del embarazo (poner una cruz en la casilla correspondiente):

- ☐ 1 Peligro para la salud física de la embarazada
☐ 2 Peligro para la salud psíquica de la embarazada
☐ 3 Urgencia por riesgo vital de la embarazada
☐ 4 Presunción de que el feto habrá de nacer con grandes taras físicas o psíquicas
☐ 5 Embarazo a consecuencia de violación

Quando el motivo se incluya en los apartados 1, 2, 3 ó 4, especificar la causa (6)

SEMANAS
DÍA MES AÑO

MOTIVO

CAUSA

METODO

COMPLICACIONES

DÍA MES

ESTERILIZACION

CAUSA

DÍA MES AÑO

4. Método empleado (poner una cruz en la casilla correspondiente):

- ☐ 1 Miniinspiración por jeringa
☐ 2 Aspiración
☐ 3 Legrado
☐ 4 Inyección intrauterina
☐ 5 Histerotomía
☐ 6 Histerectomía
☐ 7 Prostaglandinas
☐ 8 Otros métodos, precisar

5. Complicaciones debidas a la intervención (7) (poner una cruz en la casilla correspondiente):

- ☐ 1 No hubo complicaciones
☐ 2 Hemorragia
☐ 3 Infección
☐ 4 Perforación uterina
☐ 5 Otras, especificar

Fecha del inicio de la complicación: Día Mes

6. ¿Se practicó a la paciente esterilización quirúrgica tras la interrupción?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO

7. ¿Fue informada sobre utilización de anticonceptivos, o derivada a un Centro de Planificación familiar?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO

8. En caso de fallecimiento indicar:

Causa

Fecha: Día Mes Año

9. Fecha de ingreso: Día Mes Año

10. Fecha de alta: Día Mes Año

11. Nº de Historia Clínica

D. DATOS DEL MEDICO QUE REALIZO LA INTERVENCION

Nombre y Apellidos

Firma del médico

4 Segundo Grado, Segundo Ciclo (B.U.P, C.O.U...)

- Estudios en Conservatorio de Música (Grado Medio)
- Estudios para acceso a la Universidad de los Mayores de 25 años.
- Estudios de Bachillerato Superior.
- Otros estudios superiores (Arte Dramático y Danza, Secretariado y Administración, Escuelas Oficiales de Idiomas, Azafatas Recepcionistas, Técnicos en Congresos, Secretariado Internacional, Programadores de Aplicaciones y de Sistemas, Mandos Intermedios, Puericultura, Radiotelegrafista, Auxiliar de Vuelo, Librería, etc.).

(2).- Se considerará la situación ACTUAL y la ocupación principal tanto de la mujer como la de su conyuge o aquella persona que élla considere "SUSTENTADOR PRINCIPAL" de la unidad familiar.

(3).- Incluye miembros de cooperativas de producción o de comercio que trabajan en la misma y participan de sus beneficios;- personas que trabajan sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar con el que convive así - como otras situaciones distintas a las descritas anteriormente.

(4).- A los efectos de este cuestionario se entenderá:

"Aborto": Expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción no viable (con menos de 28 semanas completas de gestación).

"Nacido Muerto": Fallecimiento, antes de su completa extracción o expulsión, de un producto de la concepción viable (es decir con 28 o más semanas completas de gestación).

"Nacido vivo": Expulsión o extracción del cuerpo de la madre, independientemente de la duración de la gestación, de un producto de la concepción que después de esta separación, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida, tal como latido cardiaco, pulsación del cordón o contracción efectiva de un músculo sometido a la acción de la voluntad, haya sido cortado o no el cordón - umbilical y desprendida la placenta.

(5).- En caso de que hubieren utilizado más de un método, se marcará en cada una de las casillas correspondientes. A los - únicos efectos de este cuestionario, se clasifican los métodos anticonceptivos como sigue:

- NATURALES: Ritmo: Ogino
Continencia periódica.
Temperatura basal.
Billings o del "moco cervical"
Coitus: Interruptus
Incompleto: Intercrural
Vestibular
Lavados vaginales
Lactancia prolongada

- BARRERA: Físicos: Preservativo
Diafragma
Esponjas
Químicos: Espermicidas: Ovulos
Spray
Cremas

- HORMONAL: Oral
Injectable

- D.I.U.

- QUIRURGICOS (esterilización, vasectomía)

(6).- Se especificará(n) la(s) causa(s) que conste(n) en los dictámenes previstos en la Ley Orgánica 9/1986 de 5 de julio, reforma del artículo 417 bis del Código Penal (que despenaliza determinados supuestos de aborto).

(7).- Se entenderán las complicaciones surgidas como consecuencia de la intervención o la hospitalización debida a la misma - y que comienzan durante el tiempo de internamiento.

OBSERVACIONES AL ANEXO

El modelo de notificación será impreso en tres copias en papel autocalcable. Los destinatarios de cada una de las tres copias deberán figurar impresos al pie de los mismos; siendo, el primero, de color blanco, para la Dirección General de Salud Pública; el segundo, de color amarillo, para la Consejería de Sanidad correspondiente, y el tercero, de color rosa, para el hospital en el que se haya realizado la interrupción voluntaria del embarazo.

Los tres impresos deberán ser idénticos, salvo en lo que se refiere a los siguientes extremos:

Los impresos primero y segundo no llevarán anverso, mientras que el tercero estará impreso por las dos caras.

Los impresos primero y segundo carecen de apartado D, que sólo figurará en el destinado al hospital.