



Mejorar el acceso al aborto farmacológico en España: datos para el cambio

Isabel Serrano Fuster
Ginecóloga

Proporcionar datos que muestren la situación real del aborto farmacológico (AF) en España es fundamental no sólo para que los debates ayuden a avanzar en el acceso al aborto seguro en nuestro país, sino para proponer medidas que acaben con las inequidades que sufren las mujeres a la hora de enfrentarse a una interrupción voluntaria de embarazo. Esperamos que las siguientes líneas sirvan para ello.

Que el aborto realizado con *mifepristona*¹ seguida de prostaglandinas² dentro de las 7-9 primeras semanas de embarazo es seguro y eficaz está indiscutiblemente avalado por la evidencia científica y reconocido por la Organización Mundial de

¹ Inicialmente conocida por el nombre de la molécula RU-486, que interrumpe un embarazo en sus estadios tempranos.

² Usadas como abortivo por su acción dilatadora del cuello uterino, que permite la expulsión del embarazo ya interrumpido por la mifepristona.

la Salud y otras instituciones internacionales y nacionales. Esto no invalida el hecho de que el método instrumental/quirúrgico³, basado en diversas prácticas adaptadas al número de semanas de gestación y a las circunstancias personales, sea también seguro y eficaz y además la única alternativa aceptable a partir de las 9 semanas.

Que en España el uso del AF es muy reducido en comparación con el de países tan próximos como Francia o Portugal, y que está sujeto a grandes variaciones entre las diferentes comunidades autónomas (CC.AA.), también es indiscutible.

Creemos que por eso hay que ver primero las cifras e identificar lo que puede estar pasando para luego proponer medidas que mejoren la situación, si no queremos mantener y ser cómplices de las enormes inequidades a las que se enfrentan las mujeres. >>

³ Apoyado en ocasiones por medicamentos específicos.



Los datos no engañan

Para analizar la evolución en el uso y acceso al aborto farmacológico nos basamos en los datos oficiales ofrecidos anualmente por el Ministerio de Sanidad. Estos, en una primera visión general, nos ofrecen cifras sobre IVE, tasas, diferente participación del sector público y el sector privado concertado y la enorme desigualdad entre comunidades autónomas. Más dificultad ofrece el análisis sobre el método utilizado en las intervenciones, ya que las variables de los citados informes (cinco desde el informe de 2011 hasta el último de 2019) no son suficientemente explícitas en lo referente al AF basado en “Mifepristona

combinado con Prostaglandinas”, la combinación más habitual en este procedimiento.

La **Tabla 1** nos ofrece *una fotografía* sobre algunos elementos que directa o indirectamente inciden en las desigualdades en el acceso al AF.

Solo podemos comparar el uso de AF en el total de IVE realizadas a nivel estatal ya que, lamentablemente, la información de las distintas comunidades autónomas no incluye el método usado en las IVE dentro de las primeras “8 semanas o menos” de gestación.

Por mucho que sea lógico que cada comunidad autónoma organice la prestación de IVE conforme

TABLA 1. Algunos datos evolutivos sobre IVE con especial atención al balance público/privado y al método de aborto farmacológico

VARIABLES ANALIZADAS	2010	2012	2014	2016	2018	2019
Relación porcentual IVE en público/privado¹	1,8% / 98,2%	7,3% / 92,7%	10,1% / 89,9%	11,7% / 88,3%	14% / 86 %	14,3% / 85,7%
Relación centros públicos / privados²:						
→ Andalucía	1 / 18	1 / 16	1 / 16	1 / 16	1 / 15	1 / 15
→ Baleares	5 / 3	7 / 3	7 / 3	7 / 3	7 / 3	7 / 3
→ Cataluña	12 / 22	49 / 20	55 / 18	53 / 19	62 / 16	61 / 15
→ Comunidad Valenciana	8 / 14	10 / 15	9 / 14	17 / 16	14 / 16	16 / 15
→ Galicia	3 / 4	2 / 4	5 / 4	7 / 4	8 / 3	9 / 2
→ Madrid	2 / 7	3 / 7	1 / 7	1 / 7	1 / 7	0 / 7
→ País Vasco	7 / 7	7 / 6	8 / 6	8 / 6	8 / 6	8 / 7
Comunidades en las que ningún centro público declaró haber realizado IVE	Aragón, Castilla La Mancha, Castilla León, Extremadura, Murcia y Navarra ³	Aragón, Castilla La Mancha, Extremadura y Navarra	Aragón, Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia	Aragón, Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia	Aragón, Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia	Aragón, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid y Murcia
Por método (total IVE): % AF VS otros⁴	5% / 95% ⁵	10,3% / 89,7%	15% / 85%	18,2%/81,8%	20,9%/79,1%	21,3% / 78,7% ⁶
IVE de 8 o menos semanas: % sobre total IVE	63,52%	68,15%	70,18%	69,77%	70,51 %	71%
IVE de 8 o menos semanas:						
% AF VS resto métodos	8% / 92%	14,5% / 85,5%	20,1% / 79,9%	24,6% / 75,4%	28,2% / 71,8%	27,4% / 72,6% ⁷
% IVE de 8 semanas en sector público/público	0,4% / 99,6%	7,3% / 92,6%	11,4% / 88,6%	14% / 86%	16,6% / 83,4%	17,1% / 82,8%

¹ Entiéndase servicios/centros privados autorizados/concertados.

² Se correlacionan el número de centros públicos y privados que han declarado alguna IVE, aunque en la mayoría de los públicos el número de IVE declaradas sean (salvo excepciones) muy inferior.

³ Ni público, ni privado.

⁴ En este análisis, para los años 2012, 2014, 2016 y 2018 hemos seguido el siguiente criterio: restamos al total de IVE las realizadas mediante “Dilatación/evacuación” + “Dilatación/Aspiración” + “Otros métodos/NC”. Consideramos como “método farmacológico” entendido como “Mifepristona+ Prostaglandinas” la diferencia entre el total de IVE y la suma de esas tres variables.

⁵ En 2010 aparecían 10 métodos, siendo uno de ellos “Ru486” (término desaparecido con posterioridad), sin referencia alguna a “prostaglandinas”. Hemos tomado el dato sobre Ru486 como AF.

⁶ En el informe 2019 figura “Otros métodos/NC” en muchos casos (aproximadamente un 12%) del total de IVE, cuando en los años precedentes ese porcentaje era aproximadamente un 1%. Entendemos que esa desviación se relaciona fundamentalmente con el cambio de información procedente de Cataluña, que muy probablemente incluye en “Otros métodos/NC” el AF basado en “Mifepristona + Prostaglandinas”. Por eso, se ha sumado el 1% de “Otros Métodos/NC” al “resto de métodos” y todos los demás (99%) a AF.

⁷ Lo mismo sucede en las IVE de 8 o menos semanas, por lo que se ha seguido el mismo procedimiento de cálculo.

a sus peculiaridades, no parece *normal* que en una comunidad se realicen abortos en 61 centros públicos (ejemplo de Cataluña, 2019) y en cinco comunidades ningún centro público realice al menos un aborto (2019). La atención al aborto, sea este instrumental/quirúrgico o farmacológico, requiere una atención altamente sensible, una formación específica sobre los procedimientos, un enorme respeto a la autonomía de la mujer y una cercanía con los servicios y con los y las profesionales que los atienden. Cuando se usa el método farmacológico aún más, por sus características. Por eso, otra inequidad tiene que ver con el hecho de que miles de mujeres que viven en 4-5 grandes comunidades autónomas llevan años sin poder acceder a ningún

servicio público de proximidad en el que se realicen estos abortos.

En España las IVE se producen mayoritariamente en embarazos tempranos (aproximadamente el 70 % son de 8 o menos semanas de gestación), susceptibles de realizarse mediante el método farmacológico. Sin embargo, y por poner dos ejemplos, sólo 20 de cada 100 IVE realizados a nivel estatal en 2014, y 17 de cada 100 en 2018, fueron abortos farmacológicos.

Los datos más llamativos los encontramos al revisar las diferencias en cinco comunidades autónomas, como se puede observar en la **Tabla 2**.

>>

TABLA 2. Análisis evolutivo del uso del método farmacológico en Comunidades Autónomas seleccionadas¹

COMUNIDAD AUTÓNOMA / VARIABLES ANALIZADAS	2010	2012	2014	2016	2018	2019
ANDALUCÍA						
% IVE de 8 semanas o menos	71,5%	73,2%	73%	70,2%	71%	72,5%
% IVE total pública/privada	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%
% IVE total AF vs resto métodos	1% / 99%²	3,4% / 96,6%	6,3% / 93,7%	7,5% / 92,5%	12,3% / 87,7%	10,3% / 89,6%
8 semanas o menos según servicio:						
- % IVE público / privado	0,1% / 99,9%	0% / 100%	0,03% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%
BALEARES						
% IVE de 8 semanas o menos	66%	73%	75,7%	77%	79,9%	79,4%
% IVE total pública/privada	4% / 96%	43,6% / 56,4%	50,8% / 49,2%	54% / 46%	58,7% / 41,3%	58,1% / 41,9%
% IVE total AF vs resto métodos	3,5% / 96,5%	43% / 57%	52,9% / 47,1%	61% / 39%	67,1% / 32,9%	67,5% / 32,5%
8 semanas o menos según servicio:						
- % IVE público / privado	1% / 99%	45,5% / 54,5%	55,1% / 44,9%	60% / 40%	63,5% / 36,5%	63,8% / 36,2%
CATALUÑA						
% IVE de 8 semanas o menos	69%	73,5%	75,4%	76%	76,4%	76,9%
% IVE total pública/privada	3% / 97%	23,6% / 76,4%	34%/66%	41,6% / 58,4%	46,9% / 53,1%	47,2%/52,8%
% IVE total AF vs resto métodos	0,5% / 99,5%	23% / 77%	39,4% / 60,6%	46,1% / 53,9%	49,4% / 50,5%	49,7% / 50,3%³
8 semanas o menos según servicio:						
- % IVE público / privado	0,3% / 99,7%	28% / 72%	40,4% / 59,6%	49,7% / 50,3%	54,6% / 45,4%	55,2% / 44,8%
COMUNIDAD VALENCIANA						
% IVE de 8 semanas o menos	65%	70,8%	70,5%	70,5%	71,5%	70,25%
% IVE total pública/privada	4,5% / 95,5%	2,1% / 97,9%	2% / 98%	7,6% / 92,4%	7,5% / 92,5%	8,5% / 91,5%
% IVE total AF vs resto métodos	4,5% / 95,5%	11% / 89%	15,3% / 84,7%	22,5% / 77,5%	24,6% / 75,4%	27,1% / 72,9%
8 semanas o menos según servicio:						
- % IVE público / privado	1,5% / 98,5%	0,4% / 99,6%	0,01% / 99,9%	6% / 94%	6,4% / 93,6%	8,3% / 91,7%
MADRID						
% IVE de 8 semanas o menos	52%	63%	69,9%	70%	71,4%	70,9%
% IVE total pública/privada	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,1% / 99,9%	0,01% / 99,99%
% IVE total AF vs resto métodos	2% / 98%	3,5% / 96,5%	2,9% / 97,1%	3,8% / 96,2%	3,3% / 96,7%	3,8% / 96,2%
8 semanas o menos según servicio:						
- % IVE público / privado	0% / 100%	0,01% / 99,9%	0,01% / 99,9%	0,1 / 99,9%	0% / 100%	0,01% / 99,9%

¹ Se han seleccionado las más pobladas y con mayor número de IVE según datos del informe 2019, con excepción de Islas Baleares, que se ha incluido por desarrollar un modelo de atención a nivel hospitalario con alta utilización del método farmacológico. En ese año, estas 5 comunidades concentran el 69% de todos los abortos realizados.

² Ver referencia 5 de la Tabla 1

³ Ver referencia 6 de la Tabla 1

¿Hay diferencias significativas en el porcentaje de embarazos tempranos entre estas comunidades? No. Aproximadamente 3 de cada 4 IVE se realizan dentro de las 8 primeras semanas de gestación, proporción que aún sería mayor si incluyéramos hasta las 9 semanas.

Sin embargo, entre 2010 y 2019, Cataluña, Baleares y la Comunidad Valenciana han pasado de usar el AF en un 0,5%, 3,5% y 4,5% respectivamente en 2010, a usarlo en un 50%, 67% y 27% en 2019. En el mismo periodo, Madrid ha pasado de un 2% a un 3,8 % y Andalucía de un 1% a un 10 % de uso del aborto farmacológico.

Sí es posible analizar, dentro de los abortos realizados en las primeras 8 o menos semanas de gestación, el *porcentaje* de los que se llevan a cabo en el sector público y en el privado concertado. Y aquí de nuevo las diferencias son abismales: en 2010 Andalucía realizó el 0,1 % de las IVE en el sector público y Madrid ninguna. Diez años después, la situación sigue igual. En cambio, y en el mismo periodo, en Cataluña el porcentaje de IVE en el sector público ha pasado del 0,3 % al 55 %; en Baleares de un 1% se ha pasado a un 64%, y en la Comunidad Valenciana, de un 1,5 % a un 8,3%. Estos datos ponen en evidencia que cuando el sector público se implica en la atención a la IVE el porcentaje de AF aumenta; por el contrario, donde la mayoría de abortos se realizan en el sector privado concertado, el método instrumental es el predominante. Hay que destacar que en la Comunidad Valenciana, con una participación escasa del sector público, el porcentaje de AF es más significativo, probablemente porque en sus centros privados concertados el AF ha sido, tradicionalmente, más utilizado.

¿Son razonables estas diferencias?

Las diferencias son evidentes, y aún hay otras que merecería la pena explorar.

En algunas de las CC.AA. en las que el sector público ha aumentado su participación y el uso del AF, existen importantes diferencias en el tipo de centros donde se realiza. En Baleares, prácticamente todas las IVE son realizadas en hospitales (desde 2011, 7 hospitales registran IVE anualmente). Y aunque con cifras muy inferiores, en Galicia y en el País Vasco bastantes hospitales también atienden IVE. Por el contrario, en Cataluña, aunque algunos hospitales también las realizan, la inmensa mayoría de las IVE se llevan a cabo a nivel extrahospitalario (tanto en centros de Atención primaria como en ASSIR, servicios de atención a la salud sexual y reproductiva).

Antes estas grandes diferencias, cabe preguntarse: ¿son diferentes las mujeres que viven en Andalucía, Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana o Madrid? Quizá sí en muchas cosas, pero no en la forma de enfrentarse a un aborto ni en su capacidad para entender la información y las indicaciones que los y las profesionales sanitarios les dan.

La información sobre el procedimiento a seguir debe basarse en la evidencia científica, adaptándola a las características de la mujer, escuchando y respondiendo todas las preguntas y dudas que la mujer se plantee. Tras esa información, sería lógico pensar que una parte importante de las mujeres con embarazos tempranos acepten el método basado en medicamentos, aunque sería ilógico que este fuera el método utilizado por el cien por cien de las mujeres. Lo mismo podría decirse al revés: ¿es razonable que en algunas CC.AA. casi la totalidad de las IVE se realicen mediante el método instrumental?

¿Hay grandes diferencias entre los y las profesionales que atienden IVE en las diferentes comunidades, sean del sector público o del privado concertado? Probablemente, tampoco. La inmensa mayoría de ellos y ellas tienen suficiente conocimiento, saben distinguir qué método pudiera ser mejor para cada mujer, son empáticos con sus miedos y temores y respetan su autonomía. De no ser así, y como la experiencia demuestra, no se dedicarían a la práctica del aborto en un país en el que hacerlo no ha sido nada fácil y conlleva estigmatización.

La mayor responsabilidad respecto estas diferencias, inequidades y dificultades para *normalizar* el aborto como una prestación sanitaria básica que afecta a alrededor de 100.000 mujeres cada año, está en las administraciones públicas y, en concreto, en las consejerías de Sanidad de las distintas CC.AA. que, por inercia u otras motivaciones, apenas han introducido mejoras en la última década, y en el Ministerio de Sanidad, principal garante de la calidad y el acceso equitativo a los servicios.

De ahí que sea imprescindible no negar las evidencias, coordinar mejor al sector público y privado-concertado, aumentar la implicación de los servicios públicos en la realización de IVE, favorecer una adecuada formación y tratar de conocer el grado de satisfacción de las mujeres que abortan, con uno u otro método.

Sin reflexión, autocrítica y políticas públicas decididas, la inequidad se mantendrá y seguiremos haciendo un *flaco favor* a las mujeres. ■