

2.11.05  
A/38063

Cuadernos

Salud y derechos  
sexuales y reproductivos

Nº 2

# Aborto farmacológico

Respondiendo a las  
necesidades de las mujeres

Subvencionado por:



Federación de  
Planificación Familiar  
de España

C/. Almagro 28 - 28010 Madrid  
Telfs.: 91 319 92 76 / 91 308 22 86  
Fax: 91 308 15 89  
e-mail: fpf@adv.es



Federación de Planificación Familiar de España (FPFE)

**Cuadernos: Salud y derechos sexuales y reproductivos**  
**Nº 2. El aborto farmacológico**

Textos originales: Family Planning Association of the United Kingdom y Population Council

Edita: Federación de Planificación Familiar de España  
Traducción: Federación de Planificación Familiar de España  
Madrid, Febrero 00

Diseña y maqueta: PardeDÓS  
Imprime: 3AFA

I.S.B.N.: 84-607-1303-2  
Depósito Legal: M-5454-2000

P.V.P.: 500 pesetas / 3 euros

## Presentación

El 14 de Octubre de 1999, la Asociación de Planificación Familiar del Reino Unido y la organización internacional de investigación con sede en Nueva York, "Population Council", realizaron en Londres un seminario sobre el aborto farmacológico. El objetivo era examinar la práctica actual de este método de aborto en todo el mundo, y particularmente la situación en Francia, Suecia, el Reino Unido y Austria. Además, el seminario pretendió ofrecer un foro en el que se pudiesen compartir experiencias y conocimientos para mejorar los servicios de aborto farmacológico y la capacidad de elección de las mujeres en el Reino Unido y en Europa continental.

El público invitado estuvo compuesto por profesionales de servicios sanitarios, representantes de organizaciones profesionales y de mujeres, académicos, funcionarios de la administración, organizaciones no gubernamentales de salud reproductiva del Reino Unido e internacionales, así como profesionales de medios de comunicación.

En este informe se recogen los argumentos claves mantenidos por cada ponente así como los temas más relevantes que fueron objeto de debate entre las y los asistentes.

Las secciones principales del informe y las áreas temáticas que trata son:

### **1ª Parte: Visión General**

Describe el método, ofrece ejemplos sobre prácticas innovadoras tanto en países en desarrollo como desarrollados, y reflexiona sobre la manera de hacer el método más satisfactorio para las mujeres y las y los profesionales que prestan servicios sanitarios.

### **2ª Parte: Europa continental**

Examina la situación en Francia, Suecia y Austria centrándose en la distribución de la píldora abortiva, y basándose en las experiencias de las y los ponentes como proveedores de servicios.

### **3ª Parte: La situación en el Reino Unido**

Ofrece una visión general sobre la distribución de la píldora abortiva en el Reino Unido; explica cómo el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) ha desarrollado unas directrices para la correcta práctica del aborto, basadas en la experiencia, y reflexiona sobre cómo se pueden superar los obstáculos que impiden su correcto uso.

### **4ª Parte: Puntos del debate y conclusiones**

Identifica algunas de las áreas más importantes del debate y analiza la mejor forma de llevar a la práctica todas estas ideas.

## Prólogo

Desde hace más de diez años las mujeres pueden optar por el aborto farmacológico<sup>1</sup>. Este método se utilizó por primera vez como alternativa al aborto quirúrgico en Francia, en 1988. En 1991 estaba disponible en el Reino Unido y en 1992 en Suecia. En 1999 se aprobó en Israel, Suiza, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Países Bajos y España. Su uso está ampliamente extendido en China y en el 2000 deberá aprobarse en Estados Unidos. Las investigaciones han demostrado que es un método seguro y eficaz, y preferido en muchos casos por las mujeres y por los profesionales médicos. Pero, aún así, su disponibilidad ha sido lenta y, en los países en los que está aprobado, su distribución se hace de forma irregular y no todas las mujeres tienen la oportunidad de elegir entre el aborto farmacológico y el quirúrgico.

Los documentos presentados en el Seminario y que se recogen en este informe demuestran que existe una necesidad urgente de revisar la situación actual, si se quiere que las mujeres puedan beneficiarse de avances tecnológicos como el del aborto farmacológico. Incluso en sistemas de salud tan sofisticados como los de Europa Occidental, se están llevando a cabo prácticas que no son necesarias médicamente y que impiden el uso más conveniente, más amplio y sin demoras de este método. Las barreras al uso más eficiente surgen de la falta de información objetiva y accesible, de las prácticas profesionales conservadoras, de los impedimentos legales y de la rigidez de los servicios.

La amplia variedad de prácticas y de restricciones, cuya existencia se puso de manifiesto en el seminario, demuestra que el intercambio de información entre diferentes países, profesionales, políticas, y las mismas mujeres, ha sido insuficiente. El seminario constituyó una oportunidad apasionante para reunir un amplio abanico de experiencias, para aprender acerca de la práctica actual en diferentes países, y para averiguar qué avances se deben llevar a cabo para la mejora de los servicios de aborto. Creemos que es un primer paso importante y esperamos que las recomendaciones que se hacen en este informe sirvan de apoyo a las y los responsables políticos y a las y los profesionales para el desarrollo de servicios eficientes y eficaces que reduzcan, para las mujeres que deciden abortar, la angustia y la demora.

*George Brown, Population Council, Nueva York*  
*Anne Weyman, Asociación de Planificación familiar, Reino Unido*

## Agradecimientos

Gracias a quienes ayudaron en la organización del seminario y en la realización de este informe: Toni Belfield, Marge Berer, Shelley Clark, Batya Elul, Goli Fassihian, Christian Fiala, Eliese Gray, Kate Guthrie, Danielle Hassoun, Ingrid Ostlund, Kate Paterson, Gillian Penney, Susan Perl; y un agradecimiento especial a Beverly Winikoff, cuya aportación ha sido inestimable.

<sup>1</sup> Se ha traducido «medical abortion» por «aborto farmacológico», aunque en castellano podría sustituirse por «aborto médico» y por «método de la píldora abortiva». (N. de la T)

## Primera parte

# Visión general

# 1

## El aborto farmacológico en el mundo: ejemplos de prácticas innovadoras en países desarrollados y en desarrollo

Dra. Beverly Winikoff,  
Directora del «Programa de Salud Reproductiva» en Population Council.

Cada año se realizan alrededor de 46 millones de abortos en todo el mundo de los que 20 millones son ilegales. Entre 70.000 y 100.000 tienen como consecuencia la muerte de la mujer. El aborto farmacológico puede tener un importante papel en la reducción del número de abortos no seguros. La *mifepristona*, fármaco abortivo por excelencia, se desarrolló por primera vez en Francia en los años ochenta. En las pruebas de investigación y en su uso posterior se ha demostrado que es un método seguro, eficaz y altamente tolerado por las mujeres.

La *mifepristona* se encuentra actualmente comercializada en el Reino Unido, Francia, Suecia, Israel y China. Otros ocho países europeos han recibido la autorización de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos, y Suiza incluso ha mejorado el medicamento. En Europa, más de medio millón de mujeres han utilizado la *mifepristona*, mientras que en China esta cifra asciende a unos 15-20 millones de mujeres. En Estados Unidos este fármaco deberá estar disponible para su uso en el 2000, año en el que la Administración de los Estados Unidos de Alimentación y Medicamentos (FDA) proporcionará la licencia.

### El método

La *mifepristona* se utiliza para inducir el aborto en los primeros momentos del embarazo. Su administración es oral, en forma de pastilla, y dos días más tarde se tomará la prostaglandina, vía oral o vía vaginal. Esto último estimula las contracciones uterinas lo que tendrá como resultado la expulsión del embrión. Actualmente las prostaglandinas que se utilizan son *misoprostol* y *gemeprost*<sup>2</sup>. El *misoprostol* se receta más frecuentemente pues su coste es mucho menor, no necesita condiciones especiales de almacenamiento, y ocasiona menos dolores a las pacientes.

En Estados Unidos se seguirá el régimen de tratamiento que se utiliza en Francia desde que apareció este método:

- ✓ Primer día – 600 mg de *mifepristona*
- ✓ Tercer día – 400 mg de *misoprostol* administrado oralmente
- ✓ Quinceavo día – cita de seguimiento

### Niveles de eficacia

Se ha comprobado que el aborto farmacológico tiene altos niveles de éxito, con una tasa de eficacia superior al 90%, como muestran los estudios representados más abajo.

<sup>2</sup> El *gemeprost* no está comercializado en España (N de la T)

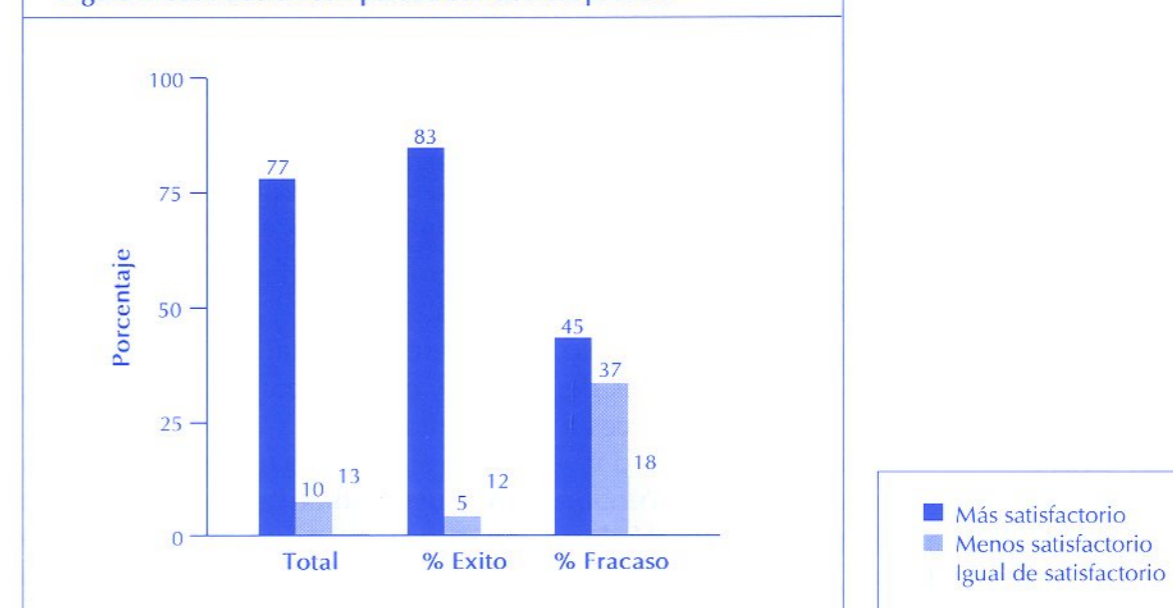
Figura 1: Tasas de eficacia del aborto farmacológico

▶ Estados Unidos	98,2 % (1)
▶ Francia	96,9 % (2)
▶ China	91,4 % (3)
▶ Population Council (EEUU)	92,1 % (4)

### Aceptación del método

En las pruebas clínicas realizadas en Estados Unidos, los niveles de satisfacción entre las usuarias del método fueron altos: el 92% de las mujeres declararon que elegirían nuevamente este método, y el 96% afirmaron que recomendarían el método a otras mujeres. Las mujeres que habían tenido un aborto farmacológico y otro quirúrgico encontraron el método de la píldora abortiva mucho más satisfactorio, incluso en casos en los que había fallado.

Figura 2: Satisfacción comparada con abortos previos



### ¿Por qué las mujeres prefieren el aborto farmacológico?

En diferentes estudios realizados en varios países, incluidos India, China, Cuba, Vietnam, Túnez y Estados Unidos, las mujeres encuestadas afirmaron preferir el aborto farmacológico porque:

- ✓ No es necesaria ni la intervención quirúrgica ni la anestesia.
- ✓ Resulta una experiencia más «natural» pues es similar a un aborto espontáneo.
- ✓ Causa menos dolor y menos contracciones que el aborto quirúrgico.
- ✓ Es percibido como menos amenazante y más fácil de afrontar emocionalmente que el aborto quirúrgico.
- ✓ Es más sencillo, más simple y más rápido.
- ✓ Permite una mayor privacidad.
- ✓ Causa menos molestias al requerir una estancia más corta en el hospital.

Los motivos que dieron las mujeres para rechazar el aborto farmacológico fueron:

- ✓ El dolor y las contracciones.
- ✓ Las hemorragias.
- ✓ La incertidumbre al esperar que el aborto se complete.
- ✓ El número de visitas a la clínica. Generalmente fueron necesarias tres visitas, pero en algunos casos, debido a las pautas de los procesos de investigación, se requirió un número mayor.

### ¿Por qué las y los profesionales de los servicios sanitarios prefieren el aborto farmacológico?

Las y los profesionales sanitarios también prefieren el aborto farmacológico. De veintiocho encuestados veinticinco opinaron que para las mujeres es preferible el aborto farmacológico al quirúrgico. Para los tres restantes las dos técnicas eran igualmente aceptables. Ningún profesional sanitario sintió que hubiese mujeres que prefirieran el aborto quirúrgico al farmacológico aunque, no obstante, algunos preferían realizar el quirúrgico.

Las razones principales por las que las y los profesionales sanitarios preferían el aborto farmacológico fueron:

- ✓ La preferencia de las mujeres.
- ✓ La capacidad de los profesionales para ofrecer alternativas.
- ✓ La mayor motivación que les suponía participar en innovaciones médicas.

No obstante, a las y los profesionales les preocupaban hechos como:

- ✓ La pérdida de control que este método trae consigo: al contrario que en el aborto quirúrgico, en este caso el profesional no hace más que esperar a que el aborto ocurra.
- ✓ Alteraciones en la rutina de la clínica ocasionadas por la necesidad de las mujeres de pasar varias horas allí tras haber recibido la prostaglandina.
- ✓ Llamadas de teléfono extras y asesoramiento: las mujeres necesitan más información cuando tienen que elegir entre los dos métodos de aborto y, con el aborto farmacológico, es más probable que llamen o acudan más veces a la consulta.

## Aumentar el acceso al aborto farmacológico

Al considerar cómo hacer más accesible el aborto farmacológico en aquellos países donde este método no está disponible y cómo ampliarlo en los países donde sí lo está, surgen varios interrogantes:

### ¿Es necesario utilizar los servicios preexistentes de apoyo<sup>3</sup> al aborto quirúrgico?

Los servicios de aborto quirúrgico no son necesariamente la mejor forma de servicio de apoyo para el aborto farmacológico. La naturaleza de este método hace que el servicio de apoyo más apropiado sea el que da un tipo de atención similar a la requerida en caso de aborto espontáneo y no en caso de aborto provocado. En algunos lugares existe ya este tipo de servicio. Además, no debe darse por sentado que los servicios quirúrgicos son un sustitutivo a un servicio de apoyo de emergencia adecuado.

### ¿Puede el personal sanitario no médico administrar la píldora abortiva?

Existen evidencias de que profesionales de la salud, como enfermeras y matronas, pueden administrar la píldora abortiva.

- ✓ Las matronas pueden controlar las diferentes partes del proceso acudiendo al personal médico cuando se producen complicaciones.
- ✓ Según estudios realizados en el Reino Unido(6) y Tailandia(7), las enfermeras y matronas entrenadas para ello insertaron DIUs, (dispositivos intrauterinos) al menos tan bien como los médicos.
- ✓ Las mujeres pueden llevar el control del uso del *misoprostol* en su casa hasta los cincuenta y seis días después del último periodo menstrual (8).
- ✓ Enfermeras y matronas tituladas han estado recibiendo formación sobre el aborto farmacológico en reuniones profesionales en Estados Unidos.

### ¿Podemos ofrecer el método sin tener acceso habitual a la alta tecnología?

Las ecografías se utilizan frecuentemente en el proceso de aborto farmacológico para determinar el tiempo de gestación y para comprobar que se ha completado el aborto. También se utilizan en caso de complicaciones. Sin embargo, su uso diario no es necesario.

En estudios realizados en Estados Unidos un elevado porcentaje de mujeres estimaron el tiempo de gestación con gran precisión (Figura 3).

Figura 3: Estimación del tiempo de gestación por mujeres sin asistencia técnica<sup>9</sup>:

- ▶ El 92,4% de las mujeres calcularon su tiempo de gestación con una semana de diferencia respecto a la estimación de su médico.
- ▶ El 52,6% de las mujeres dieron exactamente la misma estimación que su médico.
- ▶ El 1,4% de las mujeres subestimaron en dos o más semanas su tiempo de gestación.

Asimismo, las mujeres son capaces de diagnosticar bastante acertadamente cuándo se ha consumado el aborto. En un amplio estudio, ninguna mujer pensó que el aborto que se le habría realizado había sido completo cuando en realidad éste era, según criterio médico, incompleto (Figura 4). Por lo tanto, parece improbable que las mujeres ignoren los signos de un aborto incompleto.

Figura 4: Diagnóstico sobre aborto completo realizado por las propias mujeres sin asistencia, comparado con el reflejado por el profesional médico<sup>10</sup>:

		Diagnóstico del profesional médico	
		Completo	No completo
Diagnóstico de las mujeres	Completo	42%	0%
	No completo	50%	8%

<sup>3</sup> Back up services en el original (N de la T)

La tabla que se muestra más abajo (Figura 5) proporciona una prueba convincente sobre la posibilidad de que la píldora abortiva se administre eficazmente en niveles no especializados del sistema sanitario.

El estudio, realizado en la India, compara el cumplimiento de las instrucciones por parte de la mujer y las tasas de éxito en diferentes ámbitos. Las mujeres del centro de salud rural cumplieron exactamente las indicaciones del tratamiento en el 98% de los casos, con una tasa de éxito del 94,9%. Ambas cifras difieren de las alcanzadas en el centro urbano de investigación en menos de un punto.

	Cumplieron exactamente las indicaciones del tratamiento	Éxito
Centro Urbano de Investigación (n=123)	98,4%	95,8%
Centro Urbano de Planificación Familiar (n=289)	96,2%	94,4%
Centro de Salud Rural (n=239)	98,0%	94,9%

### ¿Se puede reducir el número de visitas a la clínica?

Esta cuestión tiene implicaciones importantes tanto en términos de una mayor aceptación del método por parte de las mujeres, como de la reducción de los costes.

Según diversos protocolos son necesarias tres visitas:

- ✓ 1ª Visita: Para determinar el tiempo de gestación, aconsejar a la mujer y proporcionar la *mifepristona*.
- ✓ 2ª Visita: Cuando se administra la prostaglandina y la mujer permanece en la clínica, durante cuatro horas, en caso de que surjan complicaciones.
- ✓ 3ª Visita: Para comprobar que el aborto ha sido consumado y dar de alta a la paciente.

Las investigaciones sugieren que la espera de cuatro horas de la segunda visita puede ser innecesaria, pues la mayoría de las complicaciones serias que se dieron durante las pruebas ocurrieron en otros momentos. Entre 1.059 pacientes en cuatro países no hubo ningún acontecimiento adverso durante las cuatro horas siguientes a la toma del *misoprostol*. En los ensayos clínicos realizados en Estados Unidos hubo sólo cuatro transfusiones en las 2.121 pacientes estudiadas, y ninguna de ellas tuvo lugar durante el citado periodo de espera.

Al mismo tiempo la mayoría de las mujeres declaran que preferirían tomar el *misoprostol* en casa (Figura 6).

Figura 6: Lugar de preferencia para la administración de la medicación

- ▶ El 97% de las mujeres elige tomar el *misoprostol* en casa según el estudio que se está llevando a cabo en Estados Unidos.
- ▶ La administración en casa se ha practicado continuamente en Guadalupe durante más de cinco años y no ha habido diferencias en la eficacia o en la existencia de complicaciones<sup>13</sup>.

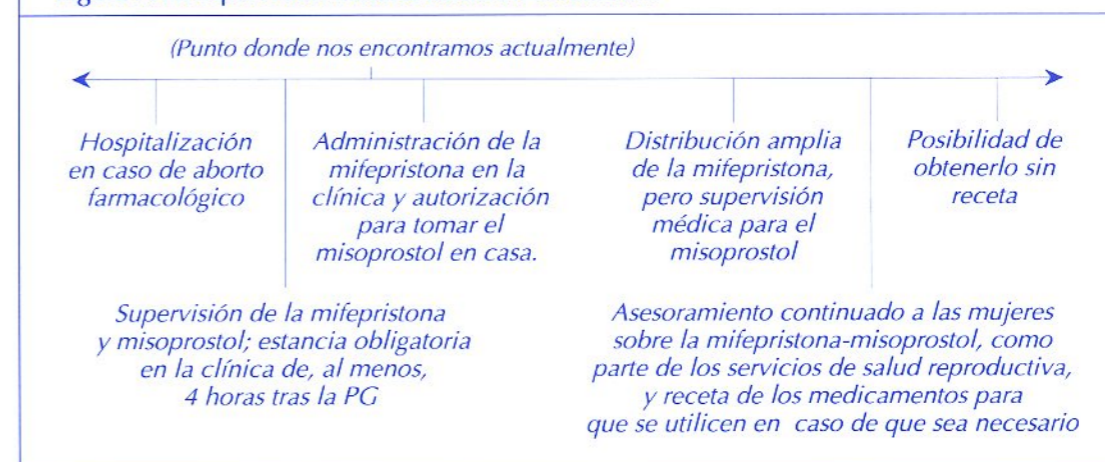
### ¿Se podría ofrecer *mifepristona-misoprostol* para interrumpir embarazos que excedan el periodo de 49 días contados a partir de la última menstruación?

Actualmente el régimen de tratamiento francés, que utiliza *misoprostol* como prostaglandina, y que será adoptado en Estados Unidos, limita el aborto farmacológico a embarazos que no exceden los 49 días contados desde la última menstruación. Sin embargo en el Reino Unido la *mifepristona-misoprostol* se ofrece hasta 63 días después de la última menstruación, utilizando una prostaglandina distinta (*gemeprost*) o una vía diferente de administración (*misoprostol* vaginal). Los ensayos clínicos efectuados en países en vías de desarrollo (China, Cuba, India, Túnez y Vietnam), mostraron que es posible extender el límite de tiempo a 56 días utilizando *misoprostol* oral. En los experimentos realizados en Estados Unidos el tratamiento con *misoprostol* oral se empleó en embarazos de hasta 63 días. Aunque la tasa de eficacia se redujo al 77 % en mujeres con embarazos de entre 53 y 63 días y hubo más efectos secundarios, la tolerancia fue muy alta en todos los casos.

### Desmedicalización del aborto farmacológico

Se pueden hacer muchas cosas para desmedicalizar el método de la píldora abortiva con el fin de que sea más accesible y aceptable para las mujeres (Figura 7).

Figura 7: La supervisión médica como un continuum

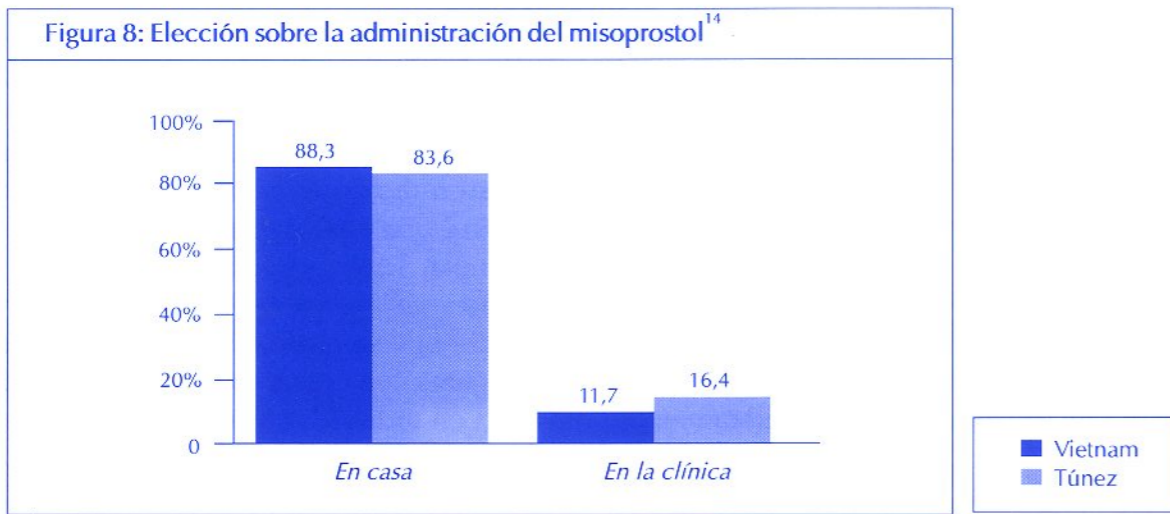


### ¿Cómo se pueden reducir los costes del método *mifepristona-misoprostol*?

Las estrategias para reducir el coste de este tratamiento incluyen:

- ✓ Disminuir la dosis de *mifepristona* y, en caso necesario, sustituir esta reducción con un aumento de la dosis de *misoprostol*.
- ✓ Reducir el número de visitas a la clínica.

En un estudio llevado a cabo en Vietnam y en Túnez se probaron estas innovaciones, incluida la disminución de la dosis de *mifepristona* y la reducción del número de visitas a la clínica. Se probó un tratamiento de 200 mg de *mifepristona* vía oral y dos días más tarde 400mg de *misoprostol* también vía oral. Para reducir las visitas clínicas, se dio a elegir a las mujeres entre tomar el *misoprostol* en la clínica o hacerlo en su casa, y casi todas escogieron la toma en casa (Figura 8).



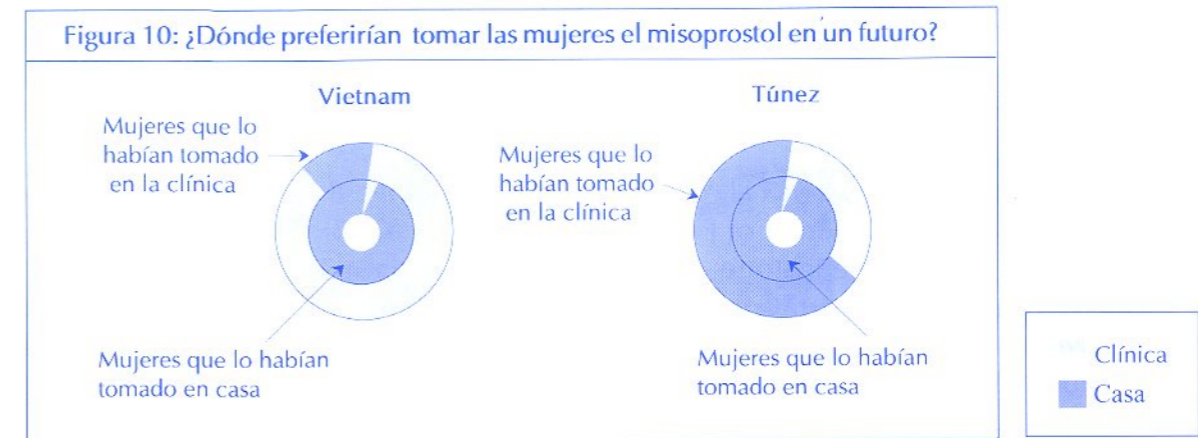
La eficacia resultante fue igual de alta en ambos países con tasas de éxito del 93% en Vietnam y 91% en Túnez (Figura 9).

**Figura 9: Eficacia de los resultados<sup>15</sup>**

	Vietnam %	Túnez %
Éxito	92,2	91,2
Intervención quirúrgica necesaria	7,1	8,8
Aborto no consumado	4,5	2,6
Continuación del embarazo	1,8	2,6
Indicación médica	0,0	1,0
Tolerancia	0,8	2,6
Pérdida a vigilar	6,6	3,4

Los niveles de satisfacción también fueron altos. Cerca del 90% de las usuarias tanto en Vietnam como en Túnez quedaron «muy satisfechas» o «satisfechas» con el método. Cuando se les preguntó dónde preferirían tomar el *misoprostol* en el futuro, la gran mayoría de las mujeres que lo habían tomado en casa afirmaron que lo harían de nuevo en sus casas. Incluso entre las que lo habían

recibido en la clínica, alrededor de un tercio de las vietnamitas y dos tercios de las tunecinas, expresaron que la próxima vez lo preferirían tomar en sus casas (Figura 10).



### Conclusión

Se puede mejorar mucho la atención a las mujeres que se someten a un aborto. Las innovaciones tecnológicas juegan un importante papel y esto se debe adaptar a las circunstancias locales. Tampoco podemos olvidar la gran importancia que tiene la calidad de los servicios clínicos, incluyendo:

- ✓ Distribución de la información.
- ✓ Control del dolor.
- ✓ Privacidad.
- ✓ Amabilidad.
- ✓ Entorno agradable.

### Referencias

- 1 ▶ Schaff E et al. Low dose of *mifepristona* 200mg and vaginal *misoprostol* for abortion. *Contraception*, vol 59, 1999, pp1-6
- 2 ▶ Peyron R et al. Early termination of pregnancy with *mifepristona* (RU 486) and the orally active prostaglandin *misoprostol*. *New England Journal of Medicine*, vol 328, 1993, no 21, pp 1509-1513.
- 3 ▶ Winikoff B et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-*misoprostol* versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol 176, 1997, pp 431-7
- 4 ▶ Spitz I et al. Early pregnancy termination with *mifepristona* and *misoprostol* in the United States. *New England Journal of Medicine*, vol 338, 1998, pp 1241-7
- 5 ▶ Winikoff B et al. Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-*misoprostol*. *Archives of Family Medicine*, vol 7, 1998, pp 33360-66.
- 6 ▶ Andrews G.D. Appropriately trained nurses are competent at inserting intrauterine device: an audit of clinical practice. *European Journal of Contraception and Reproductive Healthcare*, vol 4 nº1, March 1999, pp41-44
- 7 ▶ Wright N H et al. Nurse-midwife insertion of the Copper T in Thailand: performance, acceptance and programmatic effects. *Studies in Family Planning*, vol 8 nº 9, 1997, 237-43.

- 8 ▶ Schaff E et al. Low dose of *mifepristona* 200mg and vaginal *misoprostol* for abortion. *Contraception*, vol 59, 1999, pp 1-6
- 9 ▶ Ellertson C et al. Can women use medical abortion without medical supervision? *Reproductive Health Matters*, nº 9, May 1997, pp 149-61.
- 10 ▶ As reference 9 above.
- 11 ▶ Coyaji K. Case study of developing country experience: India. Presented at conference. The role of medical abortion in lesser developed countries, Bellagio Conference Centre, July 6-10, 1998.
- 12 ▶ Schaff E. Stadalius L, Eisenger et al. Vaginal *misoprostol* administered at home after *mifepristona* (RU 486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44(4), April 1997, pp353-360.
- 13 ▶ Guengant JP et al. *Mifepristone-misoprostol* medical abortion. Home administration of *misoprostol* in Guadeloupe. *Contraception*, 1999 (in press).
- 14.16 ▶ Elul B. *Mifepristona* medical abortion: simplifying the regimen. Presented at the annual American Public Health Association conference, Washington DC, Nov 15-18, 1999.

## Segunda parte

# Europa Continental

# 2



## El aborto farmacológico en Francia

Dra. Danielle Hassoun,  
Directora del Centro de anticoncepción y aborto. Hospital Delafontaine. Francia

Francia fue el país pionero en la investigación sobre el uso de la *mifepristona* (conocida con el nombre de Mifegyne) a principios de los años ochenta. En 1988 se convirtió en el primer país que lo ofrecía como alternativa al aborto quirúrgico. Actualmente más del 40% de los abortos se efectúan con el método de la píldora abortiva.

En la ley francesa hay dos cláusulas que afectan de forma especial a la práctica del aborto farmacológico:

- ✓ El aborto se ha de realizar en un hospital público o en uno privado y no en consultas, clínicas privadas o en casa.
- ✓ Es obligatorio dejar una semana de reflexión entre la primera consulta médica y la realización del aborto. Esto retrasa la administración de *mifepristona* y hace que algunas pacientes no puedan seguir este método debido al avanzado tiempo de gestación.

### Circunstancias en las que se aprueba el uso de mifepristona

Las y los profesionales de servicios sanitarios están autorizados a utilizar *mifepristona* en los siguientes casos:

- ✓ Para interrumpir embarazos de hasta 49 días contados desde la última menstruación.
- ✓ Para suavizar o dilatar el cervix antes del aborto quirúrgico durante los primeros tres meses (hasta 12 semanas desde el último periodo menstrual), tiempo que constituye el límite legal para el aborto voluntario en Francia.
- ✓ Como una preparación para el uso de prostaglandinas en abortos realizados por razones médicas en periodos superiores a 12 semanas. (En Francia sólo se puede interrumpir un embarazo de más de 12 semanas si hay dos médicos que opinan que existe un grave riesgo para la mujer o el feto).
- ✓ Para inducir la expulsión en caso de muerte intrauterina del feto (cuando las prostaglandinas o la oitocina no pueden ser utilizadas).

### Protocolos de atención utilizados

#### Aborto temprano con RU 486

La mujer necesita hacer al menos tres visitas al hospital:

- ✓ Asesoramiento (estipulado por la ley) y una consulta médica que incluye un examen físico para determinar el tiempo de gestación. A esto le seguirá una semana de reflexión.

- ✓ Día 1 del tratamiento: se administrarán 600mg de *mifepristona* (tres pastillas) en presencia de una médica/o o de una enfermera/o.
- ✓ Día 3: se administrarán 400mg de *misoprostol* (dos pastillas) vía oral en la clínica. La mujer permanecerá en el hospital durante tres horas bajo observación, tras lo cual será dada de alta incluso si la expulsión no se ha producido.
- ✓ Días 10-14: se realiza una visita de seguimiento.

Aunque no existen normas establecidas oficialmente para el uso de la ecografía, la mayor parte del personal sanitario encargado de llevar a cabo el aborto la utiliza para conocer el tiempo de gestación; para comprobar que el aborto ha sido consumado si el periodo de gestación no está claro; cuando existen indicios de un embarazo ectópico, o para hacer una revisión del útero si hay hemorragias persistentes. De todas formas, el uso sistemático de la ecografía no es necesario.

#### Antes del aborto quirúrgico temprano

200 mg (una pastilla) 36 a 38 horas antes del legrado.

#### Aborto tardío realizado por razones médicas

Ahora se utiliza este método, más que la dilatación y el legrado, para la mayoría de los abortos que exceden el plazo de quince semanas:

- ✓ Día 1: 600mg de *mifepristona*.
- ✓ Día 3: hospitalización y dosis sucesivas de *misoprostol* hasta que se produzca el aborto.

#### ¿Cuándo y cómo se puede efectuar un aborto?

Los datos muestran que, debido a que el aborto se puede llevar a cabo si se solicita antes de que se cumplan las doce semanas de gestación, las mujeres tienden a solicitarlo en las primeras semanas del embarazo. El 75% de todas las intervenciones tienen lugar antes de las diez semanas de gestación, cifra que ha permanecido estable durante veinte años. Desde los años ochenta, cuando apareció el aborto farmacológico, las mujeres han tendido a acudir a consulta con bastante anticipación. Como resultado de ello, el 38,4% de los abortos se efectúan antes de la séptima semana de gestación, y casi el 20% se realizan antes de la sexta semana.

Aunque entre 1991 y 1996 el 40% de todos los abortos se llevaron a cabo en la séptima semana o antes, sólo ha habido un ligero aumento en el número de abortos farmacológicos en relación al total de abortos: de 13,3 a 17,9% (Figura 11).

Los abortos farmacológicos tienen el doble de probabilidad de realizarse en hospitales públicos que en privados. Los médicos privados tardan más tiempo en adoptar técnicas nuevas, y los abortos farmacológicos requieren más tiempo que los quirúrgicos, lo que tiene consecuencias económicas. Sin embargo cuando los abortos se efectúan en hospitales privados se realizan antes.

Además, la práctica del aborto farmacológico varía mucho en los hospitales públicos. Depende de la voluntad del personal médico para sugerir el método y de si se dispone de un espacio apropiado para

que las pacientes puedan sentarse cómodamente después de la toma de la prostaglandina, lo que es preferible a permanecer tumbadas en la cama del hospital. Por otra parte los abortos farmacológicos tienen lugar con más frecuencia en ausencia de profesionales médicos y con el apoyo y cuidado del personal de enfermería.

**Figura 11: El aborto farmacológico en Francia hasta 49 días (1991 y 1996)**

	1991 %	1996 %
Abortos registrados	172,152	162,792
Abortos estimados	230,000	220,000
Abortos farmacológicos	13,3%	17,9%
% de los abortos practicados antes o en la 7ª semana de amenorrea	38,5	38,4

Fuente: Ministerio de Sanidad

### Tipos de mujeres que recurren al aborto farmacológico

Existe un alto porcentaje de mujeres jóvenes que eligen este método. Hasta hace un año, a las mujeres de más de 35 años que fumaban más de diez cigarrillos al día se las excluía del método de la píldora abortiva debido a las contraindicaciones de la prostaglandina. Muchos médicos no están al corriente de que el *misoprostol*, que ha sido la única prostaglandina en uso desde 1992, ya no está contraindicada y, como resultado, cometen el error de no proponerlo como una opción para las mujeres fumadoras de más de 35 años.

### Costes del aborto

El aborto farmacológico es ligeramente más caro que el aborto quirúrgico con anestesia general. Esto se debe al precio de la *mifepristona* (Figura 12). Sin embargo, la mujer paga solamente el 20% del coste del aborto sea del tipo que sea (aunque en determinadas circunstancias puede ser totalmente gratuito para ellas). El resto lo financia el sistema nacional de salud francés.

**Figura 12: Coste del aborto**

Aborto quirúrgico con anestesia local	£89 (138 Euros)
Aborto quirúrgico con anestesia general	£119 (186 Euros)
Mifepristona-misoprostol	£129 (201 Euros)

### Obstáculos a la puesta en marcha del aborto farmacológico

- ✓ Aunque el aborto farmacológico se introdujo en Francia hace 11 años, la información de la que disponen algunas mujeres y algunos médicos sobre el método es pobre.
- ✓ El sistema es confuso e imperfecto. Una mujer que quiera someterse a un aborto farmacológico puede encontrarse con que su médico o su hospital local no se lo ofrecen como servicio. En este caso, la búsqueda de un centro donde se realicen interrupciones del embarazo con el método de la píldora abortiva puede ser algo trabajosa y requiera tiempo, lo que en algunas ocasiones tendrá como consecuencia que la mujer elija el aborto por aspiración si es lo que su médico le propone.
- ✓ El periodo de reflexión de una semana antes del aborto puede llevar a que se exceda el límite de los 49 días. Muchos médicos se sienten obligados a seguir rigurosamente la ley, incluso cuando opinan que el aborto farmacológico es mejor para la salud de la mujer.
- ✓ Algunos médicos de familia creen que el aborto farmacológico no es apropiado para mujeres con niveles bajos de educación y para aquellas cuyo primer idioma no es el francés. Sobre esto, los datos demuestran que el aborto médico es apropiado para todo tipo de mujeres, y que las mujeres se sienten satisfechas con el método siempre que se les dé toda la información de forma clara, y que puedan elegir el método libre de imposiciones.
- ✓ Los médicos de familia, que son frecuentemente el primer contacto para una mujer que decide someterse a un aborto, tienen un conocimiento escaso sobre el método de la píldora abortiva. Un estudio de 1994 reveló que el 25% de los médicos de familia conocían el aborto farmacológico y estaban dispuestos a proponerlo, pero sólo el 8% conocía el límite de los 49 días. Estos profesionales necesitan aumentar su conocimiento y su formación acerca del aborto farmacológico.
- ✓ En algunos casos, a los profesionales de los servicios sanitarios les resulta difícil renunciar al papel más activo e intervencionista que están acostumbrados a tener cuando el aborto se realiza quirúrgicamente. Para este grupo de profesionales también es necesario aumentar el conocimiento sobre el aborto farmacológico para que exista una mayor aceptación del mismo.
- ✓ Frecuentemente, los servicios hospitalarios no son los adecuados para responder a las necesidades de una mujer que se somete a un aborto farmacológico. Las camas de los hospitales están normalmente ocupadas. Donde hay camas disponibles el proceso se medicaliza innecesariamente.

### Conclusión

El uso eficiente de la píldora abortiva depende del diagnóstico temprano del embarazo y de la respuesta rápida del personal sanitario. No se trata de imponer un método a mujeres que no lo deseen, sino de darles la oportunidad de decidir en las mejores condiciones.

Existen tres aspectos clave en los que se puede mejorar la calidad del servicio en Francia:

- ✓ Reducir el periodo obligatorio de reflexión (en la ley hay una cláusula de emergencia que permite acortar este periodo a sólo dos días, pero esto apenas se lleva a la práctica)
- ✓ Alargar el límite a 63 días desde la última menstruación, que es lo que está establecido en muchos otros países como Gran Bretaña o Suecia.
- ✓ Ofrecer a la mujer la oportunidad de tomar la prostaglandina en el hospital o en casa.

## El aborto farmacológico en Suecia: ¿elección de la mujer o actitud del médico?

*Dra. Ingrid Ostlund,  
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Centro Médico de Orebo. Suecia.*

En Suecia el aborto farmacológico está disponible desde 1992, aunque se ha empezado a extender muy recientemente. En 1997 el 32% de los abortos efectuados en el primer trimestre fueron abortos farmacológicos, aunque en la clínica del Centro Médico de Orebo, el porcentaje fue de más del 60%. El tratamiento con la píldora abortiva, que se puede utilizar dentro del límite de los 63 días desde la fecha de la última menstruación, es de 600mg de *mifepristona*, y a los dos días 1mg de *gemeprost* vía vaginal.

### Mejorar la administración del aborto farmacológico en la clínica

A fin de mejorar la aceptación del aborto farmacológico el Centro Médico de Orebo ha adaptado el servicio de aborto farmacológico en los siguientes aspectos:

- ✓ *Trabajar sobre las actitudes del personal médico:* Las primeras experiencias del Centro demostraron que el acceso de las mujeres al aborto farmacológico dependía de si el médico que las atendía estaba a favor del método o no. Se llevaron a cabo reuniones en las que se debatió la importancia del derecho de la mujer a decidir y tener más control sobre el método de aborto que iba a seguir. Además se señalaron las diversas ventajas médicas y psicológicas del método de la píldora abortiva.
- ✓ *Mejorar la estrategia de alivio del dolor:* Actualmente, a las mujeres se les anima a utilizar un supositorio analgésico al mismo tiempo que el *gemeprost*, y no a que esperen a sentir el dolor para pedir ayuda. Además, las enfermeras pueden administrar inyecciones contra el dolor en caso de que sea necesario.
- ✓ *Fijar el plan de visitas para la continuidad del tratamiento:* En la primera visita de la paciente a la clínica, la enfermera fijará una serie de citas para asegurar la continuidad del tratamiento y garantizar que a lo largo de éste la mujer sea atendida por la misma enfermera o matrona. La visita en la que se administra la prostaglandina se fija en momentos lo más tranquilos posibles, como al final de la tarde o en fin de semana.
- ✓ *Estrategia de seguimiento:* Cerca de tres semanas después del aborto, pero dentro de las doce semanas después de la última menstruación, la paciente tendrá una visita de seguimiento con la matrona. Esto brinda la oportunidad de hablar sobre el ciclo menstrual de la paciente, su experiencia con el aborto y con los métodos anticonceptivos. Además en esta consulta se realizará un test de embarazo. Si los niveles de HCG (Hormona Gonadotropina Conónica) son superiores a 150, la paciente será examinada por el médico y se le hará un nuevo test de embarazo. Si no hay observaciones clínicas anormales y el HCG es menos de 2000iu, no habrá necesidad de realizar visitas posteriores. Esta visita se realiza lo más tarde posible para dar oportunidad a que el aborto llegue a su fin, y para reducir la posibilidad de que se tenga que intervenir quirúrgicamente para completarlo.

### Obstáculos a la extensión del aborto farmacológico

En algunas partes de Suecia, el aborto farmacológico no estuvo disponible hasta 1998. Algunas de las razones fueron:

- ✓ *Factores económicos:* el uso del *gemeprost* y las visitas adicionales que se requiere durante el tratamiento, suponen que el coste de este método sea mayor que el del aborto quirúrgico. Sin embargo esto se debe contrastar con las grandes ventajas que tiene el método para las mujeres.
- ✓ *Capacidad de organización:* poner en marcha un sistema nuevo que requiere un enfoque diferente, menos medicalizado que el del aborto quirúrgico, conlleva problemas de organización. Para orientarse en este sentido, se puede utilizar la experiencia de otros hospitales.
- ✓ *Tiempo de espera y accesibilidad:* es muy importante que la primera consulta pueda tener lugar lo más temprano posible; es lo que a las mujeres les interesa. Asimismo, el aborto farmacológico ha de estar disponible de una forma más amplia. Por ejemplo, las mujeres deben tener la posibilidad de ser atendidas en hospitales de fuera de su área geográfica. (En algunos casos se han puesto restricciones de manera que sólo se les puede ofrecer este método a las mujeres que viven dentro del área correspondiente a cada hospital).

### Conclusión

Si se acepta el hecho de que las mujeres tienen derecho a decidir utilizar la píldora abortiva, necesitamos trabajar con las actitudes del personal médico con el fin de maximizar la calidad del servicio. Hay que animar a las y los médicos a que:

- ✓ Consideren las ventajas del aborto farmacológico para las mujeres.
- ✓ Las consultas se lleven a cabo lo más pronto posible.
- ✓ Diseñen estrategias apropiadas contra el dolor.
- ✓ Propongan las visitas de seguimiento que sean necesarias.

### Introducción y experiencia con mifepristona en Austria

*Dr. Christian Fiala,  
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Público Korneuburg. Viena*

Once años después de estar comercialmente disponible en Francia, se ha negado la *mifepristona* a muchas demandantes potenciales de este tratamiento en numerosos países europeos. La Agencia

Europea de Evaluación de Medicamentos lo ha aprobado en diversos países, incluido Austria, pero el acceso a este fármaco todavía es muy restringido (Figura 13). La resistencia a su uso todavía continúa pese a que su seguridad y su efectividad han sido probadas.

País	Disponibilidad	Comentarios
Austria	No está disponible	Aprobada únicamente para hospitales y clínicas aunque muy pocos de ellos realizan abortos.
Alemania	No está disponible	La imposición de un "protocolo de calidad" sólo es necesaria cuando CA es posible. (>42 DA)
Grecia	No está disponible	Aprobada únicamente para hospitales y clínicas, aunque la mayoría de los abortos se realizan fuera de ellos.
Países Bajos	No está disponible	El personal sanitario considera que las mujeres no lo necesitan.
España <sup>4</sup>	No está disponible	No existe un precio fijado por la comisión; Será utilizada únicamente en los hospitales.
Suiza	No está disponible	"Proceso jurídico para considerar si el mifegyne® es un producto médico"

Resulta curioso que la *viagra* estuviera disponible antes de su autorización oficial y recibiera una licencia rápidamente. Además se puede utilizar sin supervisión médica y fuera del hospital, pese a que ha habido fallecimientos relacionadas con su uso. La comparación entre *mifegyne®* y *viagra* es un ejemplo más de los diferentes protocolos que existen para mujeres y hombres, particularmente en lo que se refiere a embarazos no deseados.

### La situación en Austria

El aborto no está penalizado siempre que lo realice un médico antes del tercer mes de embarazo y tras asesoramiento a la mujer. Al contrario que en muchos otros países, no existen más restricciones. La mayoría de los abortos los realizan, de forma privada, especialistas y médicos generales. Debido a la presión social y religiosa procedente de las autoridades locales, existen pocos hospitales públicos que efectúen abortos.

### Cómo se introdujo la *mifepristona*

El hospital Korneuburg de Viena es la única institución de Austria que ofrece el método de la píldora abortiva. La *mifepristona* se utiliza desde enero de 1999 tras conseguir el permiso para importar este

<sup>4</sup> En España se ha comercializado el 7 de febrero de 2000. Aprobado para administrar en hospitales y clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo. El precio de venta fijado por el laboratorio es de 15.000 pesetas.

medicamento. En febrero de 1999, el Ministerio de Sanidad informó a otros hospitales de que podían importar *mifepristona*, pero hasta ahora ninguno lo ha hecho.

### Protocolo de atención

La pauta de tratamiento, que se deriva de la francesa, se utiliza para embarazos de hasta 49 días:

- ✓ El primer contacto se hace por teléfono. Se facilita información y asesoramiento y, en caso necesario, se le da una cita para que acuda a la clínica.
- ✓ Día 1: a la paciente se le realiza una ecografía o un test cuantitativo HCG si el embarazo es muy reciente y no es posible determinar su localización. Esto es seguido del asesoramiento oportuno, tras lo cual tomará 600mg (tres pastillas) de *mifepristona*.
- ✓ Día 3: Se administra a la paciente 400mg (dos pastillas) de *misoprostol*, permaneciendo tres horas en el hospital. Si después de estas tres horas no hay hemorragia, tomará una segunda dosis de *misoprostol*.
- ✓ Días 8 a 12: Se le hará una nueva ecografía o un HCG.

En Austria, las mujeres tienen que costearse el aborto. El precio del aborto farmacológico se fijó, deliberadamente, al mismo nivel que el quirúrgico para que no fuese un factor influyente en la decisión de las mujeres sobre qué método utilizar. Los costes son similares para el hospital. En el aborto farmacológico existen costes extras debido al tiempo que se invierte en asesoramiento y en el cuidado adicional durante el procedimiento, pero esto se compensa con el hecho de que no se necesita anestesia ni procesos técnicos.

### Resultados

Sobre 381 tratamientos realizados, la tasa de éxito ha sido de un 97%. Hubo hemorragias abundantes en un 1,3% de los casos. El legrado se practicó en 12 casos, casi todos entre las primeras 100 mujeres, ya que los médicos, acostumbrados a detectar un endometrio más fino con ecografía después del aborto quirúrgico, pensaban que el endometrio más grueso que se detectaba tras un aborto farmacológico podía significar que el aborto no había sido completado.

### ¿Por qué eligen las mujeres el aborto farmacológico?

Las mujeres que se sometieron a un aborto farmacológico dieron las siguientes respuestas (Fig 14).

Se realiza muy pronto	68%
No hay intervención quirúrgica	59%
No hay anestesia general	52%
Prefieren estar conscientes	16%
No quieren estar sometidas al personal médico	4%
Malas experiencias con el legrado	3%
Otras	4%

Fuente: Hospital Korneuburg, Viena

Nueve meses después de su introducción, el método fue valorado por las pacientes y por los médicos. El 93% de las mujeres tratadas afirmaron que volverían a escoger la *mifepristona* en caso de que tuvieran que recurrir nuevamente al aborto. La mayoría encontró difícil de entender por qué el acceso a este método está restringido al Hospital Korneuburg. Muchas de estas mujeres declararon también que preferían tomar la prostaglandina en casa, señalando que normalmente no se acude al hospital por el periodo menstrual habitual. A las mujeres también les gustó el hecho de que su pareja pudiese acompañarlas a lo largo de todo el proceso.

Los profesionales sanitarios se sintieron motivados por la acogida tan positiva por parte de las pacientes. Para el propio hospital, los costes de asesoramiento fueron más altos, pero los costes por uso de equipo técnico y de personal sanitario fueron menores.

### ¿Cómo responder a las necesidades de las mujeres?

- ✓ Debe haber un fácil y rápido acceso a todos los métodos de aborto existentes para todas las mujeres, sin que existan obstáculos administrativos.
- ✓ Información detallada sobre el aborto farmacológico en los medios de comunicación, en líneas telefónicas especializadas, y proveniente de los y las médicas y enfermeras.
- ✓ Horarios flexibles, por ejemplo, intentando que se pueda tomar la prostaglandina en fin de semana.
- ✓ Es esencial que exista asesoramiento y una atención adecuada a lo largo de todo el tratamiento.
- ✓ Ambiente agradable, de acogida y no enjuiciador, que tenga en cuenta las necesidades individuales, por ejemplo que las mujeres sean atendidas por el mismo médico durante todo el tratamiento.
- ✓ Apoyo de la pareja o de un amigo durante cada fase del proceso.
- ✓ Cuando el aborto se haya realizado y en caso de que sea necesario, facilitar un apoyo posterior.

### Conclusión

El método es seguro y efectivo, y es una alternativa adecuada al aborto quirúrgico para muchas mujeres. Sin embargo, hay mucho que hacer para conseguir mejorar el acceso a la píldora abortiva, en Austria y en muchos otros países. Además, se debe dar a las mujeres una mayor autonomía, permitiéndoles tomar sus propias decisiones sobre diferentes aspectos del tratamiento tales como poder tomar la prostaglandina en casa.

## Tercera parte

# La situación en el Reino Unido

# 3

## Líneas generales de la práctica del aborto farmacológico en el Reino Unido

Dra. Kate Paterson,  
Ginecóloga consultora comunitaria. Hospital St. Mary, Paddington, Londres.

### Criterios para el aborto legal

El Acta sobre aborto de 1967 establece que:

- ✓ El aborto se realizará en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) o en una clínica autorizada.
- ✓ El Jefe del Servicio Médico será informado siete días antes.
- ✓ Dos profesionales médicos deben certificar, de buena fe, que se llevará a cabo la operación de acuerdo a alguno de los supuestos especificados por el Acta.

El Acta de 1967, que fue modificada por la Autoridad de Fecundación Humana y Embriología en 1991, establece que los profesionales que llevan a cabo la operación deben certificar de buena fe que se cumple al menos uno de los siguientes supuestos:

- La continuidad del embarazo implicaría riesgo para la vida de la mujer.
- La interrupción es necesaria para prevenir daños graves y permanentes en la salud mental o física de la mujer.
- El embarazo no excede de 24 semanas y su continuidad podría implicar riesgos mayores que si se interrumpiese, o daños a la salud mental o física de la mujer.
- El embarazo no excede de 24 semanas y su continuidad implica riesgos, mayores que si se interrumpiese, o daños a la salud mental o física de algún niño o niños de la familia de la mujer embarazada.
- Existe un riesgo sustancial de que, si el embarazo se llevara a término, se producirían anomalías mentales o físicas tales que supusiesen serias minusvalías para el niño/a.

El 98% de los abortos se llevaron a cabo bajo el supuesto c).

### La práctica del aborto en el Reino Unido

En Escocia, el SNS lleva a cabo casi la totalidad de los abortos, mientras que en Inglaterra y en Gales, el SNS financia tres de cada cuatro abortos (Figura 15). En Irlanda del Norte, donde no es aplicable el Acta de 1967, el aborto es ilegal en la mayoría de los casos.

En 1998, en Inglaterra y Gales, el 49% de los abortos se realizaron en hospitales públicos (SNS), el 25% en organizaciones sin ánimo de lucro pero financiados por el SNS (agency abortions), o abortos realizados en clínicas concertadas, y el 26% restante se efectuó en las mismas organizaciones sin ánimo de lucro pero financiadas por las propias mujeres. Son muy pocos los abortos practicados por ginecólogos individuales privados.

Figura 15: Financiación del aborto en el Reino Unido

	SNS	Privado
Inglaterra y Gales	74%	26%
Escocia	98%	2%
Irlanda del Norte	Casi inexistente	

### ¿Qué ocurre en las diferentes partes de Gran Bretaña?

En Escocia las mujeres solicitan el aborto más pronto que en Inglaterra y en Gales, y un mayor porcentaje accede a él (Figura 16). Sin embargo, las estadísticas varían según el distrito geográfico de donde provenga la información (ver los intervalos de variación entre paréntesis).

Las gestaciones en el momento de la solicitud no son comparables, ya que en Escocia los datos nacionales se recogen dentro de bandas diferentes. Sin embargo sí se pueden comparar los porcentajes generales de mujeres que se someten al aborto farmacológico.

Figura 16: Escocia, Inglaterra y Gales

#### Escocia:

- ▶ Gestación en el momento de solicitud < 10/40 **61%** (intervalo: 35-76%)
- ▶ De este 61%, el **45%** (intervalo: 1-67%) fueron abortos farmacológicos

#### Inglaterra y Gales (1998):

- ▶ Tiempo de gestación en el momento de la solicitud < 9/40 **41%** (intervalo: 19-55%)
- ▶ De este 41%, el **13,5%** fueron abortos farmacológicos tempranos
- ▶ **5,6%** de todos los abortos fueron abortos farmacológicos tempranos

### Pautas alternativas

La pauta autorizada en el Reino Unido es:

- ✓ 600mg de *mifepristona* oral. Se observa a la mujer durante dos horas y se le permite volver a su casa.
- ✓ 1g de *gemeprost* vía vaginal. 33 a 48 horas más tarde. La mujer permanece en el hospital durante seis horas.

En la práctica, muchos centros utilizan pautas alternativas, de las que las más comunes son:

- ✓ 200mg de *mifepristona* vía oral. Se permite a la mujer ir a casa inmediatamente.
- ✓ 800mg de *misoprostol* vía vaginal. 36-48 horas más tarde. La mujer deja el hospital poco después de que el aborto tenga lugar.

Los costes farmacológicos del segundo régimen son de cerca de 16 libras, lejos de las 65 libras del método autorizado. Además, algunos estudios han demostrado que el *misoprostol* tiene menos efectos secundarios.

## Tasas de eficacia

Una serie reciente de 2.000 casos consecutivos, muestra que se puede alcanzar una tasa de éxito de hasta el 97,5% en el Reino Unido. Los embarazos que no fueron interrumpidos después del tratamiento fueron sólo el 0,6%. Esto se consiguió en una unidad especializada con diez años de experiencia en la práctica de abortos. En otras unidades, donde las clínicas tienen menos experiencia, es de esperar que las tasas de éxito sean menores<sup>1</sup>. El estudio, que se llevó a cabo en varios centros distintos, demostró que el aborto llegó a su fin en un 94,8% de los casos<sup>2</sup>.

## Personal sanitario que realiza abortos

En Inglaterra y en Gales, el SNS tiene la más alta proporción de abortos médicos (31,5% de las mujeres que solicitaron abortar con un tiempo de gestación de menos de nueve semanas) aunque sólo el 31,7% de las mujeres lo solicitaron dentro del plazo establecido.

En el sector independiente, el 39% de las mujeres que se sometieron a abortos en el SNS (en clínicas concertadas) y el 62,3% de las mujeres que pagaron ellas mismas su aborto, lo solicitaron en un plazo menor a nueve semanas de gestación, pero menos del 4% de éstas tuvieron aborto farmacológico.

Esto demuestra que la solicitud temprana del aborto, como la detectada en el sector independiente, no parece ser un factor determinante en el hecho de que las mujeres se sometan al aborto farmacológico o no (Figura 17).

Figura 17: Porcentaje de mujeres con un tiempo de gestación de menos de nueve semanas por personal de los servicios sanitarios, y proporción de estas mujeres que lo llevan a cabo con el método de la píldora abortiva

		% abortos farmacológicos
SNS	31,7%	31,5%
Clínica concertada(financiación del SNS)	39%	3,7%
Autofinanciado	62,3%	3,3%

## Restricciones al aborto farmacológico

Existen diferentes factores que restringen la práctica de aborto farmacológico:

- ✓ Se trata la *mifepristona* como un medicamento controlado.
- ✓ Se ha de administrar en los establecimientos en los que está autorizado realizar abortos.
- ✓ Asimismo se ha de administrar la prostaglandina en los establecimientos en los que está autorizado realizar abortos.
- ✓ Es poco probable que estos centros sean los mismos que aquellos donde se realiza la valoración clínica del aborto.

## Factores que influyen en la provisión del aborto farmacológico (en el SNS)

- ✓ El hospital o la clínica concertada es, generalmente, local (lo que facilita la realización de las dos visitas).
- ✓ Las y los profesionales que prestan este servicio pueden ser más flexibles con las pautas de tratamiento (porque el Ministerio de Sanidad no impone restricciones al SNS con tal de que la realización de los abortos quede dentro de las previsiones legales).
- ✓ Los medios con los que cuenta el SNS hacen que el aborto quirúrgico sea fácil.
- ✓ Las esperas para conseguir cita hacen que las mujeres lo soliciten más tarde.
- ✓ Existe competencia entre los diferentes recursos y el capital de financiación es limitado.
- ✓ Se necesita un personal sanitario motivado para la puesta en práctica del aborto médico.

## Factores que influyen en la práctica del aborto farmacológico (fuera del SNS)

- ✓ Al ser organizaciones muy comprometidas con su misión, las clínicas concertadas son capaces de adaptarse a los cambios rápidamente.
- ✓ Las mujeres solicitan el aborto más temprano.
- ✓ A las y los profesionales sanitarios se les ha desanimado con normativas demasiado rígidas que, establecidas por el Ministerio de Sanidad, determinan las características de la prestación del servicio y el tiempo que se debe pasar en la clínica. Actualmente estas reglamentaciones han sido reemplazadas por procedimientos más flexibles que tratan de basarse en datos de calidad probada, tanto en el sector público como en el privado.
- ✓ Existen menos oportunidades de ser flexible respecto a las diferentes pautas de tratamiento.
- ✓ Frecuentemente hay poca proximidad geográfica.
- ✓ Se necesita un personal sanitario motivado para la puesta en práctica del aborto farmacológico.

## Necesidades a tener en cuenta

Hay tres asuntos principales que se han de abordar:

- ✓ Es necesario que la provisión del aborto se realice al cien por cien en el SNS para reducir los tiempos de espera.
- ✓ Autorizar a unidades locales con baja tecnología para facilitar las dos visitas necesarias y maximizar los beneficios.
- ✓ Informar a las personas con responsabilidad en la definición de políticas de salud y a las mujeres sobre las ventajas del aborto médico temprano.

<sup>1</sup> Ashok PW et al. Un régimen efectivo para el aborto farmacológico. Temprano informe de 2000 casos consecutivos. Human Reproduction, 1998, vol 13, pp. 2962-65.

<sup>2</sup> Urguhort DR et al. La eficacia y tolerancia de la mifepristona y prostaglandina en la finalización de un embarazo de menos de 63 días de gestación; UK Multicentre study - resultados finales. Contracepción, 1997, vol. 55, nº 1, pp. 1-5.

## Desarrollo de protocolos para la prestación de servicios de calidad de interrupción voluntaria del embarazo

*Dra. Gillian Penney,  
Coordinadora del Programa escocés para la eficiencia en materia de salud reproductiva.*

El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) está desarrollando unos protocolos clínicos para la práctica del aborto. Los protocolos médicos son un elemento fundamental de las recientes iniciativas de la Dirección del SNS y se pretende que promuevan unos protocolos uniformes de atención sanitaria de alta calidad y con base en la experiencia para todo el SNS.

Se han definido las directrices clínicas como "criterios desarrollados sistemáticamente para apoyar la toma de decisiones sobre los servicios sanitarios apropiados, para unas condiciones clínicas específicas".

### Prerrequisitos para la elaboración de protocolos

Hay tres elementos esenciales para el desarrollo de unas directrices válidas:

- ✓ *Enfoque multidisciplinar:* las directrices han de ser desarrolladas por grupos de trabajo multidisciplinarios en los que han de estar representados todos los protagonistas implicados en el tema.
- ✓ *Basadas en la evidencia:* las directrices deben basarse en una revisión sistemática de todos los datos experimentales disponibles.
- ✓ *Conexión con los datos experimentales:* las recomendaciones particulares deben tener una relación explícita con la fuerza y la calidad de los datos empíricos en los que se basan.

Al revisar los datos empíricos aportados por la investigación, el grupo de desarrollo de las directrices sobre aborto del RCOG, utilizó una escala del Departamento de Salud:

- ✓ "A" significaba ensayo clínico aleatorio y controlado, ampliamente aceptado como la herramienta de investigación más acertada a la hora de valorar la experiencia.
- ✓ "B" significaba otros estudios de diseños adecuados.
- ✓ "C" significaba la opinión de expertos.

### Relación entre protocolos nacionales y locales

Es necesario que las directrices funcionen tanto a nivel nacional como local.

Las directrices nacionales son científicamente válidas si:

- ✓ Se crean por un grupo multidisciplinar
- ✓ Están extensamente desarrolladas
- ✓ Se revisan sistemáticamente

Las directrices sólo pueden ser utilizadas a nivel local si :

- ✓ Están desarrolladas a nivel local
- ✓ Se difunden activamente y no a través de un documento
- ✓ Se ponen en marcha a través de una estrategia específica dirigida a los pacientes

### ¿A quién se dirigen estos protocolos?

Las directrices del ROCC sobre aborto están dirigidas a las siguientes áreas temáticas:

- ✓ Organización de los servicios
- ✓ Información a las mujeres
- ✓ Consulta pre-aborto
- ✓ Práctica del aborto
- ✓ Manejo de las complicaciones del aborto
- ✓ Seguimiento

Se están estableciendo unos protocolos ideales mínimos para cada área.

## Asegurar que los servicios respondan a las necesidades de las mujeres: Superar los obstáculos que puedan impedir una práctica corecta

*Dra. Kate Guthrie,  
Consejera de Salud Sexual y Reproductiva, Hospitales de Hull y Yorkshire,  
SNS Trust y Hull and Eastriding Community NHS Trust.*

Para asegurarnos de que se conocen las necesidades de las mujeres, necesitamos considerar los objetivos y las estrategias para mejorar la atención al paciente señalados en los dos Libros Blancos del Gobierno sobre el SNS (Octubre 1997) y sobre la Salud Pública (Julio 1999).

El Libro Blanco del SNS, "El nuevo SNS-Moderno y seguro", incluye medidas tanto nacionales como locales para potenciar la calidad de la atención al paciente y la eficiencia clínica.

### A nivel nacional:

- ✓ Protocolos y líneas maestras nacionales. Son esquemas del Servicio Nacional para asegurar la mejora continuada del acceso a los servicios y de la calidad de los mismos a lo largo del país.
- ✓ El Instituto Nacional para la Eficiencia Clínica (NICE) que marca las pautas sobre eficiencia clínica y costes.



## A nivel local:

- ✓ Grupos de atención primaria para una atención rápida, accesible y sin fisuras.
- ✓ Acuerdos en los servicios locales para establecer protocolos de calidad explícitos.
- ✓ Control del ejercicio clínico a nivel de la atención primaria y secundaria para asegurar que se cumplen los protocolos y para impulsar su mejora continuada.
- ✓ La Comisión para la Mejora de la Salud (CHI), para apoyar y supervisar la calidad a nivel local y para afrontar las deficiencias.

El libro señala la importancia de implicar al personal sanitario del SNS a todos los niveles a la hora de diseñar los servicios. La motivación del personal y su compromiso son asimismo esenciales.

El Libro Blanco sobre Salud Pública, "*Salvando vidas: una nación más saludable*", determina dos objetivos claves:

- ✓ Aumentar la duración de la vida y el número de años sin enfermedad.
- ✓ Mejorar la salud de los sectores más desfavorecidos de la sociedad y reducir las desigualdades sanitarias.

El libro identifica la amplitud de las desigualdades en materia de salud y describe los complejos factores que influyen en el deterioro de la salud, tales como elementos socioeconómicos y el acceso a los servicios sanitarios, a la educación, etc. Además recoge los factores que afectan a la salud y al estilo de vida, tales como la dieta, las drogas y el comportamiento sexual.

Para promover la mejora de la salud, el gobierno está llevando adelante una "tercera vía" que consiste en la colaboración entre profesionales, individuos y familias, clínicas concertadas locales y comunidades para afrontar los problemas existentes. Los servicios sanitarios que se ofrezcan han de basarse en la información, que debe ser "digna de crédito, comprensible y precisa", y no basada en opiniones personales. Esto es especialmente importante en el tema del aborto pues la práctica del aborto ha sido particularmente vulnerable a las creencias personales, morales y religiosas de las y los profesionales de este servicio y de los funcionarios de la sanidad.

## Protocolos del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG)

Las líneas básicas del RCOG respecto del aborto tratan de asegurar que cualquier mujer que considere la posibilidad de abortar tenga igual acceso a unos servicios de alta calidad. Para ello el aborto farmacológico debe estar incluido en todos los servicios que prestan atención en interrupción voluntaria del embarazo. Estas líneas maestras están dirigidas a todos los miembros del RCOG, a todos los y las profesionales relacionados con el aborto y también a las usuarias del servicio, a fin de asegurar que los servicios se adapten a las necesidades de las mujeres a todos los niveles.

## Definición de los servicios

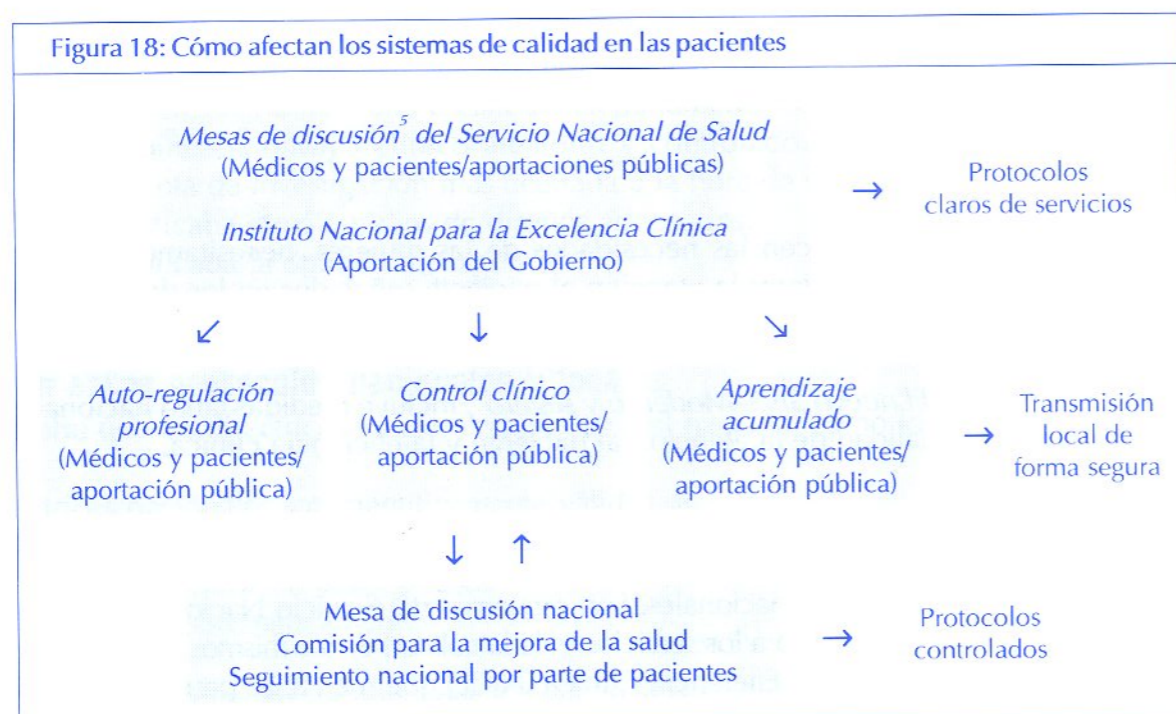
Las autoridades sanitarias jugarán un papel crucial al evaluar las necesidades locales y al diseñar los programas para mejorar la salud, trabajando con los grupos de asistencia primaria, organizaciones y equipos para asegurar que los servicios son adecuados y que responden a las necesidades de salud definidas previamente. La obligación de las autoridades sanitarias, (establecida en sus estatutos), de trabajar conjuntamente con las autoridades locales, reconoce que la buena salud tiene sus cimientos en el bienestar social, económico y medioambiental. Esto es especialmente relevante cuando se trata de reducir los problemas sanitarios a los que se enfrentan quienes necesitan los servicios de aborto.

El esquema de actuación del Libro Blanco (de ámbito nacional) identifica y valora elementos muy importantes del servicio con relación a los clientes y al personal sanitario. Todos los aspectos del esquema se pueden utilizar para asegurar que existen los servicios de aborto apropiados para responder a las necesidades de las mujeres:

- ✓ *Mejoras sanitarias*: disminuir las desigualdades sanitarias (en el caso del aborto, reducir el problema de los embarazos no deseados).
- ✓ *Acceso justo*: que la atención no dependa del código postal, de la edad, ni de la etnia (acceso igualitario al aborto en todo el país).
- ✓ *Atención sanitaria eficaz*: la atención ha de ser eficaz, no debe tener demoras temporales, y debe ser de alto nivel (sabemos lo que es la eficacia y el servicio puede ser evaluado).
- ✓ *Eficiencia*: tanto en los recursos financieros como en los humanos.
- ✓ *Experiencias pacientes/ profesionales*: se deben detectar y comprender las necesidades individuales (hay que encontrar vías innovadoras para evaluarlas, por ejemplo, pedir a las mujeres que han abortado recientemente que relaten su experiencia desde que descubrieron que estaban embarazadas hasta el presente, describiendo los aspectos más importantes y las preocupaciones principales que han vivido en cada momento del proceso).
- ✓ *Resultados sanitarios de la atención del SNS*: se ha conseguido revisar los objetivos (en el caso de los servicios de aborto, la mejora de la salud y la reducción del número de nacimientos no deseados tiene como consecuencia beneficios sociales, psicológicos, físicos y económicos para las mujeres y para sus familias).

Con unos esquemas de calidad puestos en marcha para asegurar servicios apropiados para las mujeres, los únicos desafíos ahora son el esfuerzo y la imaginación.

Figura 18: Cómo afectan los sistemas de calidad en las pacientes



<sup>5</sup> Framework en el original (N.de la T.)

Cuarta parte

---

**Puntos de debate  
y conclusiones**

**4**

## Puntos de debate

### Las diferentes pautas de tratamiento

- ✓ La prostaglandina *misoprostol*, no autorizada para el uso en el aborto, se utiliza ampliamente como sustituto del *gemeprost* ya que es más barato, menos doloroso e igual de eficaz. El debate surgió en torno al tema de las posibles variantes en el uso de los medicamentos, incluido el uso de una dosis adicional de *misoprostol* de dos a cuatro horas después de la primera dosis, o al día siguiente, si el aborto no se ha consumado tras la dosis inicial. Sin embargo, la utilidad de esta segunda dosis de *misoprostol* todavía no se ha demostrado.
- ✓ También se discutió sobre el uso de 600mg de *mifepristona* y las implicaciones respecto al coste, contemplándose la posibilidad de utilizar una dosis menor, como la pauta no autorizada del Reino Unido que utiliza 200mg y que es igual de eficaz. En Estados Unidos el etiquetado del producto especificará 600mg porque la pauta registrada es la misma que se puso en práctica en Francia.

### Falta de acceso a la mifepristona en varias partes de Europa

- ✓ Al contrario que la *viagra*, la *mifepristona* no ha sido respaldada por grandes empresas farmacéuticas. Incluso una vez autorizada, la introducción del medicamento en determinados hospitales depende del compromiso y de la motivación de los proveedores de los servicios sanitarios. No obstante, se señaló que el hecho de que este producto se haya autorizado en Europa es un logro muy importante que llevará a que se amplíe su disponibilidad en un futuro.
- ✓ Los servicios sanitarios en Europa están cada vez más dirigidos por los intereses de los consumidores. Allí donde el aborto médico no está disponible actualmente, las mujeres pedirán, con el tiempo, que sea posible el acceso a este servicio.

### Perspectivas legales

- ✓ Los estudios demuestran que las mujeres prefieren tomar la prostaglandina en casa. A pesar de ello las leyes referentes al aborto en algunos países como el Reino Unido dictaminan que la prostaglandina ha de tomarse dentro de los establecimientos autorizados. La ley se basa en la idea de que el aborto tiene lugar en un momento muy concreto. Pero esto se debe modificar para reflejar que el proceso puede durar varios días.
- ✓ También se discutió la posibilidad de administrar la *mifepristona* y el *misoprostol* en dos establecimientos diferentes.

### Visitas de seguimiento

- ✓ Un porcentaje considerable de mujeres no vuelve a la visita de seguimiento. En Francia, el 10% de las pacientes no acuden a esta visita. A las que no se ponen en contacto con la clínica se las llama por teléfono para asegurarse de que el proceso se ha desarrollado sin problemas. En Escocia el 20% no acude a la visita de revisión.
- ✓ ¿Es necesaria la visita de seguimiento cuando la mujer parece no desearla? Se ha observado que la revisión brinda la oportunidad de hablar sobre las experiencias y las necesidades de las mujeres en relación con los anticonceptivos. Muchos expertos percibieron que el sistema debería ser capaz de responder a las necesidades de las mujeres, lo que significa desmedicalizar el proceso. El hecho de que haya mujeres que no acuden a la revisión debe entenderse como un signo positivo de que sienten que no están embarazadas (y son muy intuitivas al detectarlo). Si se decide que la visita de seguimiento obligatoria no es esencial, informar a las mujeres sobre el seguimiento en casa con un test de embarazo y la detección precoz de posibles síntomas de embarazo ectópico puede ayudarles a saber si existe algún problema y, en su caso, pedir ayuda médica.
- ✓ Antes de tomar cualquier decisión sobre la visita de seguimiento, se necesitan más datos sobre el acierto en la percepción subjetiva que las mujeres tienen sobre si el aborto se ha consumado o no.

### Importancia de mantener la posibilidad de elección entre los dos métodos

- ✓ Si la tendencia es ir utilizando cada vez más el aborto farmacológico, puede haber una disminución en la habilidad para realizar abortos quirúrgicos y un nivel más bajo en la calidad de estos servicios. Las mujeres necesitan tener la posibilidad de elegir entre los dos métodos, y que la realización de cada uno de ellos se lleve a cabo con el más alto nivel posible.

### Desarrollo de directrices o protocolos médicos

- ✓ Los distintos países necesitan compartir sus experiencias sobre el aborto farmacológico y aprender los unos de los otros. Las y los delegados manifestaron interés por elaborar unas directrices que se centren en temas tales como las pautas de tratamiento o la desmedicalización del proceso.
- ✓ De igual forma, sería conveniente que las líneas maestras del RCOG se distribuyeran entre los profesionales sanitarios locales en el Reino Unido así como a los miembros y amigos del Colegio.

### Cambio en la percepción del aborto

- ✓ Se ha de ver el aborto como una parte integrante de los servicios de fertilidad, con el fin de evitar su estigmatización.
- ✓ Es preciso formar a las y los profesionales de la salud para que puedan replantearse sus actitudes frente al aborto.
- ✓ Hubo cierto debate sobre si el aborto médico es más o menos parecido al aborto natural y si debería denominarse de una forma distinta para aumentar su aceptación. Sin embargo, otros participantes opinaron que hay que ser claros respecto al hecho de que sí es un aborto, y que referirse a ello de otra forma no sería correcto.

- ✓ En Irlanda del Norte, que tiene su propia política y ejercicio médico particular, es necesario realizar presión internacional sobre las y los profesionales de la ley y de la sanidad con el fin de que los servicios de aborto comiencen a ser más accesibles para las mujeres.

## Implicaciones para el futuro

Marge Berer,  
Editora, «Reproductive Health Matters»

Los hechos expuestos en este seminario demuestran que durante los últimos cinco años ha habido avances considerables respecto al aborto farmacológico, y que es de esperar que se siga progresando en el futuro inmediato.

Los cambios en las leyes son lentos. Los reglamentos de hace cinco años ya han quedado atrasados pues no reflejan las constantes innovaciones que han ido surgiendo respecto a la manera en que se debe procurar el aborto farmacológico. Al igual que ocurría en el pasado con los anticonceptivos, lo que se necesita es que el aborto sea normalizado. Antes que pretender que se liberalice la ley, sería mejor intentar acabar con la criminalización del aborto, lo que permitiría que se tratara como todos los demás procesos médicos.

Los ejemplos que se han ofrecido sobre la utilización de la píldora abortiva en diferentes lugares de Europa y el tipo de dificultades encontradas, ponen de relieve la importante necesidad de unos servicios flexibles, que reconozcan que el aborto farmacológico y el quirúrgico tienen puntos en común pero también diferencias, que reflejen los progresos en la provisión del aborto, y que ofrezcan a las mujeres la posibilidad de elegir.

Algunos componentes de los servicios recomendados son: un sistema de derivación al especialista, reducción del número de visitas requeridas, desmedicalización del proceso tanto como sea posible, y facilitar el acceso rápido al método. Se ha comprobado que la utilización en casa del método es segura y ha de ser considerada.

El papel de las y los ginecólogos está cambiando en cuanto a lo que al aborto se refiere. Las matronas u otros profesionales equivalentes, podrían reemplazar a los médicos en la realización del aborto

temprano, con el respaldo de un ginecólogo siempre que sea necesario. A algunos ginecólogos no les motiva el aborto farmacológico ya que requiere menos habilidades y no es técnicamente interesante; hay otros que, por el contrario, lo prefieren pues no necesitan tener un papel activo en la realización de la interrupción del embarazo.

Las mujeres también perciben el aborto farmacológico de forma diferente al quirúrgico. Muchas mujeres sienten que es algo que está más bajo su control y lo experimentan como algo más parecido a inducir la menstruación o al aborto espontáneo, pues todo el proceso ocurre en el interior de sus cuerpos. Además se alegran de poder evitar la intervención quirúrgica y la anestesia. La satisfacción de las mujeres con este método es alta, pues las razones mencionadas compensan con creces la tasa de fracaso ligeramente más alta que tiene el aborto farmacológico respecto al quirúrgico.

Ha habido un cambio en la descripción de los conceptos de «éxito» y «complicaciones» al compararse los dos métodos de aborto. Debido a las preferencias de las mujeres, la tasa de fracaso ligeramente mayor que tiene el aborto farmacológico tal vez debería aceptarse. Además, no se puede dar por hecho que las complicaciones del aborto quirúrgico y las del farmacológico son las mismas. Lo principal es que luchemos contra la rigidez presente en la forma de afrontar estos temas, pues esta rigidez puede impedir que se adopte el método de la píldora abortiva y se realice de la mejor forma posible.

Los prestadores de este servicio y los defensores de la salud de las mujeres deben apoyar nuevas iniciativas dirigidas a conseguir que este método esté disponible, incluyendo las de las empresas farmacéuticas pequeñas que deseen producir y distribuir este método. Se ha solicitado una autorización de comercialización europea y en otros lugares también se han producido solicitudes y aprobaciones, ahora que la patente ha sido transferida. Podemos esperar muchos cambios en este mismo sentido en un futuro próximo y debemos ser optimistas sobre el desarrollo de este método, incluso si los avances se dan de forma muy lenta.

En los países en desarrollo, la píldora abortiva podría reducir las altas tasas de mortalidad y de morbilidad asociadas a los abortos no seguros. Los responsables de la realización de directrices y protocolos en los países en desarrollo necesitan tener muy en cuenta los problemas de financiación y la posibilidad de reproducirlos, en hechos como por ejemplo que la ecografía no es una prueba realmente necesaria, que la dosis y el coste de la *mifepristona* y de la prostaglandina han de ser lo más bajos posibles, y que es preferible una *prostaglandina* del tipo del *misoprostol* que no necesita refrigeración.

### ¿Qué es necesario hacer?

1. Crear modelos con el fin de proveer la píldora abortiva para aquellos países interesados en su introducción.
2. Aumentar la información de las mujeres sobre el aborto farmacológico a través de un esfuerzo conjunto de los medios de comunicación, las organizaciones de mujeres, las y los profesionales de la salud y otras fuentes de información.
3. Desarrollar nuevos métodos de formación para las y los profesionales socio-sanitarios que prestan este servicio para facilitar que el aborto sea más aceptado.
4. Intercambiar información y experiencias en toda Europa y con otros países con el fin de encontrar soluciones a las dificultades.
5. Promover unos criterios base, políticos y clínicos, que tengan aplicación internacional: desarrollar directrices para una práctica correcta basada en la experiencia, y apoyar las mejoras en las leyes que se refieren al aborto y en los servicios que lo proveen.

## Recomendaciones

Recomendaciones de la Asociación de Planificación Familiar del Reino Unido y de Population Council.

La Asociación de Planificación Familiar del Reino Unido y Population Council consideran que hay una necesidad urgente de:

- ✓ Aumentar el nivel de conocimientos y comprensión de las y los políticos y parlamentarios sobre los beneficios del método y las formas en que se puede proporcionar.
- ✓ Garantizar que las y los profesionales sanitarios y proveedores del servicio facilitan el método a las mujeres de la forma más efectiva y apropiada.
- ✓ Revisar el número de visitas requerido para el aborto farmacológico de cara a reducirlos y hacer que el método sea más fácil de administrar y utilizar.
- ✓ Revisar el lugar donde se administra el aborto farmacológico para evitar una innecesaria medicalización y hacer el método más accesible a las mujeres.
- ✓ Trabajar con los proveedores comerciales para resolver las discrepancias entre los descubrimientos de las investigaciones y las normas para la autorización y dosificación de la *mifepristona* y las prostaglandinas, para asegurar que el aborto farmacológico se usa de la forma más aceptable y con el menor coste posible.

## Asociaciones de la Federación de Planificación Familiar de España

### Asociación Andaluza de Planificación Familiar

C/. Alberto Lista, 16  
41003 Sevilla  
N.I.F.: G-41351057  
*Presidenta: Natividad Povedano*

### Asociación de Planificación Familiar de Castilla y León

C/. Miguel Iscar, 5 - 3º izq.  
47001 Valladolid  
Telf.: 983 34 33 89  
*Presidente: Guillermo González*

### Asociación Extremeña de Planificación Familiar y Sexualidad

C/. Juan de la Cierva, 12  
06800 Mérida  
Telf.: 924 37 16 05  
*Presidenta: Azucena Llopis*

### Asociación de Profesionales de Planificación Familiar de la Comunidad Valenciana

C/. Hernán Cortés, 99 bajo  
46460 Silla (Valencia)  
Telf.: 963 74 33 52  
Fax: 963 73 23 69  
*Presidente: Felipe Hurtado*

### Asociació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears

C/. Pere Vergés, 1  
(Hotel d'Entitats), planta 10, dcho. 1  
08020 Barcelona  
Telf. y fax: 93 305 53 22  
N.I.F.: G-08914475  
*Presidenta: Rosa Pous*

### Asociación de Planificación Familiar de Madrid

C/. Almagro, 28 - bajo 2º  
28010 Madrid  
Telfs.: 91 531 03 00 - 91 319 92 76  
Fax: 91 531 14 66  
N.I.F.: G-78181716  
*Presidente: Alfonso Antona*

### Asociación Galega de Planeamento e Educación Sexual

C/. Hórreo, 39 bajo  
15702 Santiago de Compostela  
Telf.: 981 58 04 66  
*Presidenta: Belén Cao (Marta Pintos)*

### Asociación Manchega de Planificación Familiar y Sexualidad

C/. Amadís de Gaula, 12  
02006 Albacete  
Telf.: 967 51 05 23  
*Presidenta: Camino González*