

ABORTO VOLUNTARIO, LEGAL, FINANCIADO PÚBLICAMENTE Y EN CASA¹

Juan Gérvas,
médico general, Equipo CESCA, Madrid
jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

[Para citar: Gérvas J. Aborto voluntario, legal, financiado públicamente y en casa. *Mujeres y Salud*; 2010 [en prensa].

En los países de la Europa del Este, como Bulgaria, Rumanía, la URSS y otros, el método de control de la natalidad fue el aborto voluntario durante la época soviética. Por supuesto, aborto quirúrgico y por ginecólogos. En la actualidad se ha producido un giro lógico hacia la prevención de los abortos indeseados con el uso de métodos de barreras (preservativos, básicamente) y/o métodos químicos (la píldora anticonceptiva mensual, la píldora “del día siguiente” y otras formas de presentación), pero el aborto quirúrgico ginecológico sigue siendo frecuentísimo.

En Brasil no está legalizado el aborto voluntario, excepto en algunos supuestos extremos como anencefalia del feto, o embarazo por incesto, por ejemplo. Se intenta pasar de esta legislación “de supuestos” a una más tolerante, “de plazos”, pero hay una gran resistencia profesional y social pese al coste en vidas de mujeres que intentan abortar en condiciones terribles (agravadas por la pobreza y la incultura).

En Uruguay tampoco está legalizado el aborto voluntario pero se tolera socialmente que los médicos aconsejen sobre los métodos abortivos idóneos en cada caso. Como los medicamentos precisos para el aborto son baratos y muy comunes, Uruguay ha logrado hacer desaparecer la mortalidad por abortos clandestinos en condiciones quirúrgicas deplorables. Las mujeres adquieren los medicamentos en una especie de “mercado negro” tolerado y en su aplicación siguen las instrucciones de los médicos.

En España el aborto voluntario lleva décadas legalizado según “supuestos”, y sólo en 2010 se ha pasado a una ley “de plazos” (según semanas de embarazo). Pero en la imagen popular, y en la práctica, el aborto voluntario sigue siendo quirúrgico y ginecológico. Es un poco absurdo, tanto desde el punto de vista científico como desde el lado humano pues la tecnología ha logrado transformar el aborto quirúrgico ginecológico en la excepción.

La decisión de abortar es generalmente costosa y no hay mujer que no se conmueva hasta las entrañas cuando se enfrenta al embarazo inconveniente e “imposible”. Lo demuestra bien el recuerdo imborrable que deja cada aborto voluntario, que toda mujer puede relatar con pelos y señales. Abortar es traumático

¹ Este texto se encuentra bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir y reelaborar libremente a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

en todos los sentidos y convendría que al trauma en sí no se añadiera una tecnología tan agresiva como la del quirófano.

En Portugal el aborto voluntario fue legal según “supuestos” desde 1982 (en casos de embarazo tras violación, grave malformación fetal o amenaza para la vida de la mujer). En 1998 se perdió un referéndum para cambiar a una ley “de plazos”. El mismo referéndum se ganó en 2007, y desde entonces el aborto voluntario es legal y está financiado públicamente hasta la 10ª semana del embarazo. Con ello se acabó el viajar a España, especialmente a Badajoz (a destacar la labor de la Clínica Los Arcos). En Portugal hay centros de salud en los que los médicos generales ofrecen atención especializada para el aborto voluntario con medicamentos, de forma que evitan el aborto quirúrgico ginecológico (que queda reservado a lo excepcional, en torno al 2% del total de los abortos voluntarios). En este sentido Portugal va por delante de España.

Para el aborto en casa, en las primeras nueve semanas, apenas se necesita una historia clínica bien hecha y una exploración médica mínima. Puede ser conveniente la ecografía, pero no es necesaria. Por supuesto, los medicamentos a utilizar tienen sus inconvenientes y existen contraindicaciones (por ejemplo, embarazo con DIU). Pero en general el médico de cabecera puede utilizar medicamentos baratos y seguros, cómodos de administrar y fáciles de conservar. Con ello el aborto voluntario pasa a ser una cuestión “doméstica”, algo que concierne básicamente a la mujer sin más. Se evita el traumatismo de la visita a la clínica especializada, el quirófano y toda su tecnología agresiva.

Por ejemplo, se logra el aborto en el 95% de los casos (con algo más de sangrado y dolor que una regla normal) tras tres dosis vaginales de 0,8 mg de misoprostol (cada 8 o cada 24 horas).

La tasa llega al 98% con 200 mg de mifepristona (RU486) por vía oral, más misoprostol a las 48 horas (0,4 mg por vía oral, ó 0,8 mg por vía vaginal). Esta es la pauta en Portugal.

Se provoca el aborto en el 98% de los casos combinando 50 mg de metotrexate por vía oral más 0,8 mg de misoprostol por vía vaginal.

Por supuesto, en España pasa un poco como en Uruguay, y existe un mercado negro de medicamentos abortivos, básicamente misoprostol, de forma que no es raro el atender en urgencias a mujeres con abortos incompletos tras su uso.

Convendría transformar esta realidad e incluir el aborto con medicamentos entre las prestaciones que ofrece el médico de cabecera.