

### ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Recientemente se ha comunicado por parte de los Ministerios de Sanidad y de Igualdad la próxima regulación en España, en el plazo de tres meses, de la **libre dispensación** de la píldora de anticoncepción hormonal de urgencia (PAU) con levonorgestrel, más conocida como píldora post-coital o píldora del día siguiente.

La Sociedad Española de Contracepción, también en representación de la sección de contracepción de la SEGO, y su Fundación, habían defendido en repetidas ocasiones, y solicitado expresamente al Ministerio de Sanidad, que se produjera de una vez por todas esta circunstancia. Considerábamos atávico y alejado del progreso socio-sanitario el que nuestro país no fomara parte del conjunto de esos, ya, 38 países que permiten, algunos desde hace muchos años, esta libre dispensación sin receta de la PAU. Países con sanidades de corte avanzado muy próximos al nuestro, como Francia, el país pionero, o el Reino Unido y otros muchos. Por no hablar de otro referente sanitario occidental como los EEUU, donde también se aprobó esta libre dispensación en 2007, ante el creciente aumento de los embarazos en adolescentes.

A pesar de que en el debate surgido se han escuchado muchos más argumentos ideológicos, religiosos o políticos, creo que sería bueno regresar el mismo al campo de la ciencia médica, para alejarlo de apasionamientos que desvirtúen su verdadera dimensión. Para comenzar, tenemos que afirmar, de acuerdo a todas las evidencias médicas disponibles, que la píldora post-coital es un método anticonceptivo y **nunca abortivo**. El concepto de aborto de la OMS implica la interrupción de una gestación, la cual no se considera establecida hasta la anidación del óvulo fecundado en la decidua uterina. Con todo, desde algunos sectores ideológicos se ha rebatido el argumento considerando el embarazo iniciado con la fecundación. Al margen de esta discusión, podemos afirmar con rotundidad, de acuerdo a reciente revisión de la FIGO, fundamentada en amplia bibliografía y publicada en los órganos de difusión de la SEGO, que el mecanismo de acción es anovulatorio o de impedimento de la fecundación y no se ha demostrado efecto anti-implantatorio alguno; éste hecho debía acabar de una vez por todas con la desinformada y, tal vez malintencionada a veces, catalogación de la PAU como abortiva. Dicho argumento, parece nada científico y muy manipulador. Por no hablar de la confusión frecuente en las publicaciones, incluso de divulgación sanitaria, con la RU-486, verdadera píldora abortiva, con muy diferente mecanismo de acción respecto a la PAU. Las afirmaciones falsas no convienen en nada al buen desarrollo de la Ciencia y van en contra del principio bioético de autonomía.

Por otra parte, otro de los grandes argumentos usados contra la libre dispensación ha sido la de los supuestos deletéreos **efectos secundarios**, de gran magnitud y riesgo para la salud de las mujeres, que la PAU podía causar y que requerían una valoración médica previa a su prescripción. El argumento no se sostiene; la PAU es responsable de efectos secundarios menores y autolimitados como náuseas, vómitos, malestar, dolores abdominales, mareos, todo ello en porcentajes reducidos y, más frecuentemente, modificaciones del ciclo normal. Todo ello, no parece de gran trascendencia frente a la posibilidad de, en una segunda oportunidad, evitar un embarazo no deseado y su cortejo de efectos negativos, con el aborto a la cabeza. Todos estos efectos no son mayores en las mujeres de menos de 18 años, según la experiencia acumulada. El epíteto repetido estos días de “bomba hormonal” parece una nueva manipulación lejana a la realidad. No olvidemos que la OMS la considera medicamento esencial e insta a los Gobiernos a políticas de facilitación del acceso a la misma, no señalando contraindicación alguna.

Es obvio que es un método anticonceptivo de **urgencia y nunca regular**. Las alteraciones del ciclo y su menor eficacia respecto a otros métodos, la sitúan en esta órbita. Es importante saber que sólo debe usarse ante ausencia de protección o fallo del método anticonceptivo regu-

lar y se debe instruir a la población en ese sentido. E igualmente en el de la necesidad de su ingesta lo más precozmente posible tras la relación no protegida, en aras a aumentar la eficacia que pasa del 95% el primer día a tan solo el 58% el tercero. Esta necesidad de precocidad en la toma es otro de los argumentos a favor de su libre dispensación. Conocemos muchas desafortunadas situaciones en que el peregrinaje de la mujer o la pareja ha comenzado un viernes y finalizado en el Centro de Planificación, ya el lunes, para obtener la ansiada receta. En cualquier otra práctica sanitaria, esto nos parecería una aberración y, sin embargo, ha sucedido y se ha consentido en el caso de la PAU. La libre dispensación facilitará la accesibilidad inmediata. Además de alejar de la presión de urgencia un acto médico de escasa entidad frente a la urgencia que debe solucionarse en el Hospital o el centro de salud.

También se ha hablado de la presunta **irresponsabilidad en su uso** sin control de receta médica, especialmente en los más jóvenes. Tenemos excesiva tendencia tal vez a atribuir irresponsabilidad a las actuaciones de los jóvenes, especialmente en el campo de la sexualidad. Si bien el riesgo va más inherente a todas sus actuaciones, la mayoría, con formación adecuada, actúa con responsabilidad. El consumo de psicofármacos o de antibióticos por los adultos no son precisamente muestras de una mayor sensatez en los consumos de fármacos. Todos los estudios desarrollados post-comercialización en población adolescente con libre acceso, en los países en que éste es posible, no han mostrado un incremento de la frecuentación sexual, del mal uso como método regular, del abuso o de las infecciones de transmisión sexual. Con todo y con eso, el argumento de los enormes riesgos de su uso repetido tampoco se mantiene en base a estudios con repetición de hasta siete veces en un ciclo, sin consecuencias graves para la salud de esas mujeres.

Entidades de prestigio como la OMS, la Agencia Europea y la Española del Medicamento o la FDA, consideran que la PAU cumple todos los requisitos necesarios para una **medicación de libre dispensación**, incluyendo los escasos efectos secundarios, el gran beneficio de su acción, la necesidad de precocidad en su uso y la posibilidad de fácil autodiagnóstico por la mujer para el mismo.

En cuanto al argumento de que era mejor la situación de facilitación y financiación que algunas Comunidades Autónomas habían adoptado con la PAU, hemos de afirmar que estas políticas no son incompatibles sino complementarias con la de libre dispensación que aumenta la accesibilidad, especialmente en las Comunidades en las que seguía sin existir ninguna política de facilitación de la dispensación, lo que suponía un claro acicate para la deseada **equidad** del sistema nacional de salud. Quienes preconizan que era mejor la situación anterior, tampoco han alzado antes su voz para corregir estas desigualdades que penaban a determinadas mujeres y les impedían un acceso rápido al método, vulnerando los principios de beneficencia y equidad imprescindibles en una práctica sanitaria ética.

Desde luego, hablamos de una anticoncepción de urgencia y pensamos en una **disminución del número de embarazos no deseados** y de consiguientes interrupciones de embarazo, especialmente en las adolescentes. Experiencias como las de Francia, Bélgica, Holanda o los países nórdicos son favorables en este sentido. Aunque, desde luego, la medida aislada es insuficiente y requiere acompañarla de otras **medidas en salud sexual y reproductiva** como una mejora obligada de la educación sexual, como asignatura precoz y obligada en el sistema educativo, financiación de otros métodos anticonceptivos regulares, difusión del preservativo y facilitación de acceso a la red de información y asistencia anticonceptiva a toda la población, especialmente a la más vulnerable para el aborto como son las adolescentes y adultas más jóvenes, inmigrantes y mujeres de más de 40 años.

La libre dispensación de la PAU, como método anticonceptivo de urgencia y en el marco de políticas de salud sexual y de anticoncepción, es una buena noticia, desde el punto de vista médico y social, para quienes hemos trabajado y trabajamos por la mejora de los derechos en salud sexual y reproductiva.

**Ezequiel F. Pérez Campos**

Presidente de la Fundación Española de Contracepción