El prof. Agulles es farmacéutico y profesor de Teología Moral en la Pontificia Università della Santa Croce de Roma. Gentileza de Cuad. Bioét. XVIII, 2007/2ª pp. 195-212. En este artículo se aborda el conflicto de conciencia en el que se encuentran algunos farmacéuticos, frente a la posibilidad de tener que colaborar en el proceso de comercialización de las llamadas «píldoras del día siguiente»

[Versión completa]

Fuente: [Agulles, Pau, El farmacéutico y la píldora del día siguiente \(I-II\), en \[Cuadernos de Bioética\] 18/2 \(2007\), pp. 185-226.](#)

1 Introducción: *Status quaestionis*

Ante la decisión de algunas Comunidades Autónomas de incluir en el *stock mínimo* o de *urgencia* la llamada píldora del día siguiente (PDS), muchos farmacéuticos españoles se han cuestionado si se trata de un fármaco que puede plantear problemas éticos, en lo que se refiere a su dispensación, debido al efecto que se le atribuye.

Sirva como ejemplo el ya conocido y relativamente reciente caso de Andalucía: la Consejería de Salud de la Junta emitió un Decreto^[1], por el que se regulaban las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución. En su disposición final primera la norma autorizaba a esta Consejería a actualizar el contenido del anexo referente a *stock mínimo* o de *urgencia*, por razones de interés terapéutico o de relevancia; asimismo, se concedía a los titulares de las oficinas de farmacia el plazo de tres meses para que se proveyeran de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en las existencias mínimas. Con una celeridad inusitada, la Consejería de Salud aprobó en una Orden del 1.6.2001^[2] la actualización del contenido de dicho anexo, añadiendo al mismo sólo el principio activo *levonorgestrel* 0,750 mg (como el conocido *Norlevo*, una de las llamadas píldoras del día siguiente, *anticonceptivos postcoitales* o de *emergencia*), y los preservativos. Se trató de una decisión verdaderamente insólita y conflictiva, ya que ese anexo no se modificaba desde hacía 40 años, y estaba desfasado y obsoleto en casi todas las áreas terapéuticas, pareciendo cuanto menos extraño que asumiera esta única modificación. Tratándose del *stock de urgencia*, quizá habría valido la pena estudiar su completa actualización, y no la simple inclusión en él de productos que sólo modifican la calidad de vida, sobre todo cuando no se han asegurado todos aquéllos que la salvan. A cualquier entendimiento aparece como evidente que muy distinto es el caso de una persona que acude a una farmacia con una angina de pecho y la imperiosa necesidad de tomar un comprimido sublingual de nitroglicerina, que otro que acude porque ha tenido un

imprevisto y quiere desentenderse de cualquier consecuencia que pueda acarrearle.

Con esta motivación, entre otras que veremos, algunos farmacéuticos que pretendían eludir la dispensación del fármaco presentaron recurso a la Orden, ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Éste dejó en suspensión cautelar la Orden de tal manera que los farmacéuticos que quisieran dispensar estos productos pudieran hacerlo libremente, mientras que los que no quisieran pudiesen negarse, pero desestimó el recurso, por considerar que el farmacéutico recurrente no era titular de oficina de farmacia en el momento de formalizarlo. Finalmente, tras un ulterior recurso, el Tribunal Supremo dictó la Sentencia que venía a resolver de manera cuasi definitiva la cuestión planteada. Ésta confirma la resuelta por el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, al estimar la falta de legitimación del farmacéutico recurrente. A pesar de todo, entra a valorar las cuestiones de fondo planteadas, y concretamente la lesión de los artículos 15 (derecho a la vida, en razón de que el recurrente alegaba un presunto efecto abortivo de la *anticoncepción postcoital*) y 16.1 de la Constitución Española (CE) (objeción de conciencia como ejercicio de la libertad religiosa e ideológica). Y acerca de la primera cuestión falla descartando que la norma impugnada sea infractora del artículo 15 de la CE, lo cual demostraremos que cuando menos es opinable. Sin embargo y ahí radica la gran novedad de esta sentencia y por ello su importancia, en su Fundamento 5º, reconoce expresamente con carácter general la reserva de una acción en garantía del derecho amparado en el artículo 16 de la CE. Y esto no sólo para los médicos como hasta ahora se venía planteando, sino también para aquellos profesionales sanitarios con competencias en materia de dispensación de medicamentos; es decir, también para los farmacéuticos. Asimismo, declara el derecho a la objeción de conciencia como la manifestación práctica de un derecho fundamental constitucionalmente protegido, lo cual es de capital relevancia^[3].

Tratemos de averiguar la motivación que lleva a estos farmacéuticos a plantearse un problema de conciencia ante la obligación de la tenencia y dispensación de los *anticonceptivos de emergencia*.

2 Anticoncepción de emergencia: una cuestión más que terminológica

Cuando la mujer sabe con seguridad que está embarazada y quiere deshacerse del niño, recurrirá directamente al aborto quirúrgico o al farmacológico (como la RU486). Cuando no tiene certeza, sino sólo la intuición o el temor de que esto haya ocurrido por no haber usado un método anticonceptivo durante una relación sexual, o haber fallado el que utilizó, se le ofrece la posibilidad de acudir a un método

inmediatamente postcoital como la píldora del día siguiente. Hasta la aprobación de la comercialización del *levonorgestrel* 750 mcg en España, se venía utilizando una forma más o menos solapada de *contracepción de emergencia*, puesto que los médicos recetaban unas dosis elevadas de determinadas especialidades farmacéuticas hormonales utilizadas habitualmente como anticonceptivas o reguladoras del ciclo, para lograr la eliminación del embrión en una etapa temprana. ¿Pero qué diferencia hay entre eliminar lo que hay antes de la nidación y lo que hay después?

Como es bien conocido, hay unas especialidades farmacéuticas que tienen únicamente efecto abortivo, otras que lo combinan con otros mecanismos y, por último, hay otras que no afectan de ninguna forma al embrión. Dejar estos parámetros claramente establecidos y definidos es la primera cuestión a la que hay que atenderse cuando nos planteamos la problemática ética y legal en torno a la *PDS*. No siempre se encuentra bien definida la distinción entre el efecto abortivo y anticonceptivo de un determinado principio o especialidad, puesto que el *efecto final biológico* es el mismo. Este hecho ha inducido, además, a algunos entes interesados en la comercialización de ciertos fármacos a introducir ambigüedades terminológicas que pueden confundir al paciente y al profesional, e inducirles a llevar a cabo acciones con un alcance que no pueden vislumbrar.

Vamos a tratar de exponer tales ambigüedades [\[4\]](#), pues lo consideramos imprescindible para una buena comprensión del problema. La Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 [\[5\]](#), cuando asegura que la vida humana comienza con la *gestación* y por lo tanto merece la protección del art. 15 de la Constitución, ¿a qué se refiere? Por un lado, parece haber un completo acuerdo en la comunidad científica a la hora de considerar que el cigoto es sujeto de vida humana propia, aunque dependiente de la madre. La vida humana en el seno materno es un proceso unitario que comienza con la fusión de los gametos y que, sin solución de continuidad, recorre diversas fases como su implantación en el útero, hasta que tiene lugar el nacimiento. Así, la mayoría de los juristas consideran que en esa expresión el Tribunal Constitucional, cuando usa el término *gestación*, quiere decir el proceso que va desde la fecundación hasta el nacimiento. Otros, sin embargo, basados en la primacía del criterio de viabilidad, interpretan que ese proceso de *gestación* abarca sólo desde la nidación del embrión en el útero hasta el nacimiento; consecuentemente, la vida humana protegida por el Derecho no comenzaría con la fecundación, sino con la implantación. Esta disquisición tiene gran importancia en el momento de plantearse el efecto abortivo o anticonceptivo de los fármacos.

La última corriente de pensamiento presentada coincide con el punto de

vista de la *Organización Mundial de la Salud*, que considera que el *embarazo* comienza con la implantación del embrión en el útero, y no con la fecundación del óvulo por el espermatozoide. Esta organización cambió la definición tradicional basándose en la redefinición del *American College of Obstetricians and Gynecologists*[6]. Pero al decidir esta medida tomó la parte por el todo. El consenso científico con el que dice contar al confiarse únicamente en la definición del *American College* es más que dudoso: la mayoría de la comunidad bio-sanitaria está de acuerdo en que la vida humana contenida en el seno materno es un proceso continuo, y su comienzo sólo puede estar en la fecundación, ya que en cualquier otro momento sucesivo únicamente se produce el desarrollo de lo que ya se inició humano[7]. En cualquier caso, en virtud de la definición de la OMS, y considerando el *aborto* como la interrupción del *embarazo*, resultaría que la acción de eliminar el fruto de la fecundación aún no implantado ya no podría ser tipificado como *aborto*, y por lo tanto no quedaría considerado por el Derecho como delictuoso.

Vamos así vislumbrando la dimensión del problema. Pero la cuestión semántica no resulta tan convincente cuando se analiza con mayor profundidad. El Diccionario de la Real Academia Española lógicamente asocia el *aborto* con el proceso del *embarazo*: *aborto* es interrumpir la hembra, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el *embarazo*. Sin embargo, *embarazo* es el estado en que se halla la hembra gestante, lo cual nos remite al término *gestación* o *gestar*: llevar y sustentar la madre en sus entrañas el fruto vivo de la concepción hasta el momento del parto. No hay, pues, razones estrictamente terminológicas de peso que nos induzcan a pensar que la fase que va desde la fecundación hasta la nidación del embrión deba excluirse de la *gestación*, y por lo tanto su interrupción debe considerarse también como un acto abortivo. Así lo asumiremos en el futuro: el *aborto* no viene determinado por el *estadio* de la vida humana en el que se encuentra el embrión, sino por la *existencia* de esa vida humana en el embrión (la *cronología* no modifica la *ontología*[8]).

Sobre el estatuto biológico-ontológico del embrión se han escrito ríos de tinta, que demuestran que los datos embriológicos permiten afirmar que desde el momento de la fecundación el embrión posee vida humana, merecedora, en virtud de su dignidad, de un respeto incondicional. Así, son ya parte de la tradición científica algunas de las características de la vida embrionaria[9], como la *novedad biológica*, la *unidad*, la *continuidad*, la *autonomía*, la *especificidad* y la *historicidad* o *biografía*.

Detengámonos en las más interesantes. La *continuidad* nos permite admitir que no existe ningún salto cualitativo desde la fecundación

hasta la muerte: no puede decirse que en un momento es una cosa y más adelante otra diferente; su desarrollo es cuantitativo y está previsto principalmente en el genoma. Desde la fecundación existe un individuo de la especie humana que se va desarrollando de manera continua, en el sentido de que cada paso comprende en sí mismo el precedente y causa y determina el sucesivo. En palabras no estrictamente rigurosas, pero cargadas de sentido, podemos afirmar que el embrión goza de una *autonomía* tal que depende de su madre como un adulto depende del mundo externo, esto es, para la nutrición, el intercambio y la protección[10]. *Especificidad*: todo ser vivo pertenece a una especie. Analizando el cariotipo del embrión, vemos que desde el primer momento de su desarrollo pertenece a la especie *homo sapiens sapiens*. Finalmente, la *historicidad* o *biografía* nos dice que todo viviente tiene una historia, no es solamente lo que se ve en un momento dado (un conjunto de células vistas con el microscopio), sino que todo viviente es lo que ha sido hasta ese momento y lo que será después. En esto se basa en gran medida la protección legal que se debe al *nasciturus*: aunque se negara su posible condición *personal*, se presume desde que con la gestación comienza su capacidad para llegar a serlo en el ámbito del Derecho civil, sólo se es considerado *persona* desde el nacimiento; en el ámbito constitucional más general desde el seno materno[11].

De tal modo que el embrión, ¿cómo puede ser humano y no tener la dignidad humana? Y esta dignidad inmediatamente remite a la idea de fin en sí mismo, con la exigencia inherente de rechazar éticamente cualquier intento de instrumentalización: nunca puede ser tratado como un objeto, o reducido a la categoría de cosa; no puede ser valorado en términos de mercado o utilidad social[12]. La dignidad ontológica del ser humano no nacido constituye la misma fundamentación de los derechos humanos, que en este sentido se deben reconocer para todo ser que descienda del hombre y a partir del primer momento de su existencia natural, sin que sea lícito añadir cualquier criterio adicional[13]. Y el primer derecho no cabe duda de que es el derecho a la vida, fundamento podríamos decir casi *físico*, además de ontológico y jurídico del resto de los derechos. Su lesión, y más gravemente en el ser humano inocente por antonomasia que es el *nasciturus*, implica la negación radical de la misma dignidad del ser humano. El hombre es valioso por lo que es, no por lo que tiene. Ello supone, por un lado, que es merecedor de respeto por sus semejantes; por el otro, que siempre debe ser reconocido como un semejante. Esto nos lleva a pensar que todo Derecho tiene en su raíz dos exigencias básicas: la exclusión de la violencia sobre el otro y la exclusión de la discriminación, ya que el otro es siempre *otro yo*[14].

Podemos ya permitirnos volver a la cuestión terminológica, y asegurar que contamos con un consenso científico y lexicográfico tanto o más

sólido que el que asegura que el embarazo empiece con la implantación del embrión, cuando definimos *aborto* como la acción de interrumpirse en la mujer, de forma natural o provocada, por cualquier mecanismo físico o farmacológico, el desarrollo del feto durante el embarazo, esto es, desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento. La *anticoncepción* o *contracepción*, en cambio, podría ser definida como la acción de impedir voluntariamente, por cualquier mecanismo físico o farmacológico, la concepción o el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide tras la relación sexual. Resumiendo: cuando se actúa contra el desarrollo del cigoto diploide dos juegos de cromosomas, desde el momento en que se forma por la fusión de los dos gametos en la fecundación, impidiéndose su continuidad y desarrollo, se están utilizando procedimientos *abortivos*. Si lo hacemos antes de ese momento, incidiendo sobre las células haploides los gametos, que cuentan sólo con un juego de cromosomas, o en el proceso de su génesis, se están manejando *anticonceptivos*. Ésta es la cuestión decisiva: mediante el aborto, se elimina a un ser humano ya concebido; mediante la anticoncepción, en cambio, se impide la concepción que podría seguirse de una relación sexual [\[15\]](#).

¿Qué técnicas *abortivas* existen? Podríamos definir las, según el momento en que actúan por razón de su mecanismo de acción, como *interceptivas* o *contragestativas*. Las *interceptivas* son aquéllas que interceptan el embrión, impidiendo el transporte por la trompa de Falopio, o la implantación en el útero, mediante una alteración en la fisiología de estos procesos. Son técnicas *contragestativas* las que provocan el desprendimiento, muerte y eliminación del embrión ya implantado. Considerando el *aborto* con la definición que presenta la OMS, los fármacos *interceptivos* serían meramente *anticonceptivos*. Y así, se llama *pre-embrión* al embrión que se encuentra en las fases previas a la implantación, o sea, algo que no es humano pero que podría llegar a serlo [\[16\]](#). De hecho, la mayoría de los mal llamados *contraceptivos de emergencia* actúan de manera *interceptiva*, y algunos incluso de modo *contragestativo*; a saber, que son verdaderos medios abortivos.

Y es que, entrando en materia, caemos en la cuenta de lo conflictivo del tema cuando examinamos la definición de *anticoncepción postcoital* que propone la *Sociedad Española de Contracepción*: dicen que ésta tiene por objetivo prevenir la nidación del blastocisto en el útero, en el caso de que se haya producido fecundación [\[17\]](#). Se trata, por lo tanto, de una forma de evitar el embarazo eliminando el embrión, si éste se ha formado, en un período temprano de su desarrollo [\[18\]](#). Notemos que más que evitar el embarazo, lo interrumpen en el caso de que se haya producido. Los mecanismos de acción de los distintos tipos de fármacos tipificados como *contraceptivos postcoitales* nos permitirán ver cuándo y en qué condiciones actúan verdaderamente como

anticonceptivos y cuándo como abortivos, sea mediante *intercepción* se trata de la mayoría de los casos que mediante *contragestación*.

3 Clasificación y mecanismo de acción de las píldoras del día siguiente

Estos preparados hormonales se pueden clasificar según el principio activo que poseen o según el momento del ciclo menstrual o de la gestación en el que actúan.

En razón de la primera clasificación, los podemos distinguir según contengan *danazol*, *mifepristona*, altas dosis de estrógeno, de progestágeno, o de ambos. Las primeras PDS estaban compuestas de altas dosis de estrógenos, pero debido a los agresivos efectos secundarios que producían, pronto se vieron sustituidos por la combinación entre estrógenos y progestágenos, o a las altas dosis de progestágenos[19].

La segunda clasificación, tal como veíamos, confunde los términos *aborto* y *anticoncepción*: distingue los métodos anticonceptivos de *emergencia* en *anticoncepción postcoital precoz* la que, usada después de una relación sexual, tiene como objeto impedir la ovulación, o en su defecto, la nidación en el útero del embrión; y *anticoncepción postcoital tardía* elimina el embrión ya implantado en el útero, provocando el aborto directo. Pensamos que ninguna de las dos puede tipificarse propiamente como *anticoncepción*, puesto que, excepto en el primer caso de las llamadas *precoces*, el efecto es netamente abortivo, por vía interceptiva o contragestativa, respectivamente[20].

Vamos a presentar a continuación algunos de los preparados y mecanismos que se utilizan más frecuentemente en la *anticoncepción postcoital*[21].

3.1 Estrógenos a altas dosis

No está comercializado un producto específico para la *anticoncepción de emergencia* a base de estrógenos. El fármaco más empleado es el *etinil-estradiol*, que aparte del uso que presentamos, tiene otras indicaciones, como algunas patologías del ciclo menstrual, prevención de ciertas anomalías lácteas maternas y tratamiento de algunas perturbaciones prostáticas.

El protocolo más usado es la llamada *five by five*, que prevé la administración de 0,5-2,0 mg/día de etinil-estradiol durante 5 días[22]. La primera dosis de esta especialidad se toma antes de 72 horas después de la relación sexual presuntamente fecunda. La administración de estrógenos a altas dosis después del coito aumenta el ritmo de transporte del blastocisto por la trompa sin dejar que se

desarrolle lo suficientemente para la implantación.

Entre los efectos colaterales de la administración de estos estrógenos, se señalan náuseas (54-70%), vómitos (24-33%), cefaleas, metrorragia, así como algún episodio de edema pulmonar. Además, se encuentra una mayor incidencia de embarazos ectópicos, probablemente debida a la interferencia con la implantación del embrión en el endometrio uterino, pero no en la trompa de Falopio: por este motivo, una historia clínica de gestación ectópica constituye una contraindicación para este tratamiento[23]. El hecho de que se produzcan nidaciones ectópicas, asimismo, no hace más que confirmar el efecto abortivo (de modo predominantemente interceptivo) del tratamiento postcoital a base de estrógenos a altas dosis. Ya hemos dicho antes que es un método que tiende a ser cada vez menos usado.

3.2 Mifepristona

Aparte de su conocido uso como abortivo contragestativo (se trata de la RU486), recientemente la mifepristona también está siendo empleada como método de intercepción postcoital[24]. El medicamento comercializado en algunos países de Europa para este fin se llama *Myfegine*, y contiene altas dosis del fármaco. Actúa provocando una interrupción forzada del ciclo menstrual, de modo que desencadena una menstruación poco después de la ingestión del fármaco. Por todo lo dicho no hace falta que profundicemos ulteriormente sobre el neto efecto abortivo de este preparado, tanto cuando se administra precoz como tardíamente, respecto a la relación sexual. Sólo añadiremos que se está estudiando el efecto de la mifepristona como anticonceptivo entendido en su justo concepto, a bajas dosis[25]; y que en cuanto a la eficacia postcoital, no hay pruebas de que sea total, y existe el riesgo de que la gestación no interrumpida siga adelante con malformaciones en el niño[26].

3.3 Danazol

Es un derivado sintético de la *etisterona*. Posee una moderada actividad androgénica, y carece de función estrogénica y progestágena. Actúa a nivel de hipotálamo-hipófisis, donde inhibe el incremento de la *FSH* (*follicle stimulating hormone*) y *LH* (*luteinic hormone*) durante el ciclo menstrual[27], con lo que bloquea la síntesis de estrógenos en dicho ciclo. Se comenzó a usar en el año 1982, principalmente cuando se presentaba al ginecólogo un caso de abuso sexual.

Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la producción de progesterona por parte del cuerpo lúteo; también actúa directamente en el endometrio, impidiendo la implantación. Esta última actividad se da en el 95-97% de los casos[28]. Por lo tanto también es un fármaco

netamente abortivo. Como efectos clínicos se pueden observar una supresión de la menstruación, inhibición de la ovulación y regresión de la mucosa endometrial y vaginal.

La administración de este preparado se lleva a cabo en dos o tres dosis cada 12 horas, constituyendo la dosis total de principio activo entre 800 y 1200 mg. Tiene graves efectos secundarios, derivados de su actividad androgénica (aumento de peso, edemas, signos de virilización y sofocos, puede exacerbar la porfiria aguda, alterar la tolerancia a la glucosa y elevar las transaminasas hepáticas), y por eso tampoco se considera un método de elección cuando se recurre a la intercepción postcoital: sus principales indicaciones son endometriosis, enfermedad mamaria benigna, pubertad precoz y edema angioneurótico, variando según la indicación también la dosis del fármaco.

3.4 El Método de Yuzpe, derivado de la anticoncepción hormonal

Se remontan al 1972 los primeros datos publicados por Yuzpe, un investigador canadiense, sobre el uso del método que tomó su nombre [\[29\]](#), y que consistía en la administración de un estrógeno (*etinil-estradiol*) con un progestágeno (*norgestrel*), dos veces en un lapso de 12 horas, como método postcoital. Este régimen ha sufrido alguna modificación, pero a pesar de todo quedan consideradas como *método de Yuzpe* aquellas especialidades farmacéuticas que se usan después del coito y están compuestas por una combinación y dosis determinadas de estrógenos y progestágenos a una pauta definida.

No vamos a estudiar ahora la investigación, desarrollo e implantación de los compuestos hormonales utilizados clásicamente como *anticonceptivos* (en sentido estricto), pero nos vemos en la obligación de hacer constar que el *método* que estamos tratando ahora se ha desarrollado de modo paralelo a aquéllos: utiliza los mismos principios farmacológicos, incluso en ocasiones la misma especialidad farmacéutica, residiendo la única diferencia en la pauta y dosis de administración.

Nos limitaremos a describir las cuestiones fundamentales que llevaron al desarrollo de las píldoras postcoitales de estrógeno-progestágeno como consecuencia de la investigación en la píldora contraceptiva [\[30\]](#). A finales de los años 60 se percibieron los efectos secundarios cardiovasculares que producían las altas dosis de los estrógenos contenidos en la píldora anticonceptiva. Se minimizaron, por lo tanto, las dosis de hormona, para reducir al máximo los problemas colaterales tromboembólicos y mantener el efecto anticonceptivo. Pero este intento ocasionó que, manteniéndose el efecto (la ausencia de un eventual hijo no deseado), se obrara un cambio en el mecanismo de acción hormonal, de tal suerte que las píldoras eran cada vez menos anticonceptivas y

más abortivas: de la inhibición de la ovulación se pasaba a una acción endometrial, alteración del moco cervical y acción tubárica[311]. Y así cayeron en la cuenta de que se podía utilizar eficazmente como método postcoital, una vez se había producido la ovulación y se podía dar una fecundación, constituyendo el *método de Yuzpe*.

Centrándonos en este *método* para la *contracepción de emergencia*, recordaremos que ya antes de que fueran aprobadas especialidades específicas para este uso, los médicos prescribían las combinaciones de estrógenos (como el etinil-estradiol) y progestágenos (como el norgestrel, que ya había propuesto Yuzpe, o el levonorgestrel), en los servicios de urgencia de los hospitales, clínicas de salud reproductiva y centros de salud de las universidades norteamericanas. El proceso seguido por la FDA (*Food and Drug Administration*) fue cuando menos peculiar, ya que aprobó la especialidad que combinaba estas hormonas sin mediar, como en el resto de autorizaciones de especialidades farmacéuticas, los pertinentes resultados de los exámenes farmacéuticos[321]: se basó simplemente en las pruebas de eficacia y seguridad realizadas en algunos países de Europa, cosa que no ha hecho con ninguna otra especialidad farmacéutica moderna.

El *método de Yuzpe* aprobado consistía en la administración de 50 mcg de etinil-estradiol con 0,5 mg de norgestrel, en 4 dosis, con la siguiente posología: dos antes de las 48 horas después del coito (hasta un máximo de 72 horas) y las otras dos 12 horas más tarde. En el mercado español este esquema corresponde al *Eugynon*; también se han usado de manera similar la *Neogynona* y el *Ovoplex* (que cambian el norgestrel 0,5 mg por levonorgestrel 0,25 mg). Estas especialidades se podían conseguir con receta médica en las oficinas de farmacia, o bien eran proporcionadas en las dosis justas en los centros sanitarios en los que se atiende a las mujeres que consideran que han tenido una relación sexual con posibilidad de fecundación. Hay que señalar que ninguna de estas tres especialidades estaba aprobada por la Administración Sanitaria para este fin: no se comercializó, oficialmente, ninguna píldora del día siguiente hasta el año 2001, en que se aprobó, mediante el proceso jurídico que ya hemos comentado al inicio de este epígrafe, la píldora de sólo *levonorgestrel* que estudiaremos en el apartado siguiente.

El mecanismo de acción de la combinación estrógeno-progestágeno para uso postcoital resume muy bien el mecanismo de acción general de la *anticoncepción de emergencia*: la exposición breve pero concentrada de hormonas interrumpe los patrones hormonales normales de la gestación. Vamos a detenernos brevemente a estudiar por qué mecanismos actúan las diversas píldoras del día siguiente[331]:

1. Algunos autores hablan de que podrían inducir una alteración del

movimiento del esperma hacia las trompas de Falopio: es sabido que los progestágenos (que contienen casi todas las PDS) hacen que el moco cervical asuma características gestagénicas, aumentando su viscosidad y su impermeabilidad a los espermatozoides. Pero es un efecto que no se contempla en la *contracepción postcoital*, ya que estos preparados se administran 12-72 horas después de la relación sexual, y los espermatozoides llegan a la trompa de Falopio en menos de 20 minutos. Acerca de su acción sobre la motilidad del espermatozoide mismo, señalamos que para interferir en su fisiología harían falta dosis tan altas de progestágenos que no es viable como mecanismo de acción.

2. Inhiben o retrasan la ovulación, con efecto anticonceptivo[34]. Depende de la fase del ciclo en la que se administra la píldora: lógicamente sólo si la mujer se encuentra en fase pre-ovulatoria, excepto en el caso de la PDS a base de altas dosis de estrógeno, que no la bloquean en absoluto. Se ha demostrado que la tasa de inhibición o bloqueo de la ovulación, por ejemplo mediante la píldora a base de levonorgestrel, está en torno al 25% de los casos[35]. Y siendo así que la píldora del día siguiente evita o termina casi la totalidad de los embarazos, se hace perfectamente presumible que la mayor parte del efecto fisiológico tenga lugar después de la ovulación, y en caso de fecundación, de modo antinidatorio.

3. La alteración de la motilidad tubárica, por ejemplo, sí que afectaría al óvulo ya fecundado, puesto que no le permitiría llegar a implantarse en el útero. Así, podría derivarse del uso de la PDS una mayor incidencia de embarazos ectópicos. Puesto que efectivamente se verifica un aumento de éstos en mujeres que la han tomado, podemos asumir que también actúa como antiimplantatoria por este mecanismo[36].

4. Modifican el endometrio con el consiguiente efecto antiimplantatorio[37]: aparte de los cambios morfológicos, se ha observado que se altera la expresión de algunas integrinas proteínicas superficiales de adhesión vitales para la unión del blastocisto con la pared uterina, haciéndolas inviables y provocando la imposibilidad de nidación.

5. Provocan luteolisis. El cuerpo lúteo favorece con su secreción la implantación del embrión en el útero. La PDS produce una insuficiencia luteínica que hace imposible la nidación.

De todas estas posibilidades, la hipótesis que parece más cierta es la del asincronismo del endometrio, que lo convierte en hostil para la nidación[38]. Este efecto principal está provocado por las modificaciones morfo-histoquímicas que se generan en el endometrio que, a su vez, motivan que no se produzca la sincronización necesaria

para que se implante el blastocisto. La alteración del desarrollo del endometrio puede ir asociada a una reducción de la enzima *anhidrasa carbónica*, imprescindible para la implantación del embrión[39]. Con lo que podemos ya afirmar que la píldora del día siguiente suele actuar impidiendo la nidación[40]. A pesar de que efectivamente no hay certeza absoluta acerca del exacto mecanismo de acción de estos productos, podemos avalar epidemiológicamente nuestro parecer señalando la gran *eficacia global* de la PDS frente a su reducido efecto previo a una eventual fecundación.

La realidad acerca de los efectos secundarios de la píldoras anticonceptivas también nos acerca a los efectos secundarios no deseados de la combinación de estrógenos y progestágenos para uso postcoital, puesto que en ellos se usan los mismos preparados siempre contando con que la anticoncepción de emergencia es un tratamiento a base de pocas dosis, no a largo plazo como el otro, aunque es mucho más *intensivo e invasivo*[41]. Entre ellos destaca el riesgo de teratogénesis y carcinogénesis: puede favorecer el desarrollo de cáncer de pecho, hígado y cuello del útero, aunque también está descrita la posibilidad de reducir el desarrollo de otros, como el de endometrio y ovarios[42]. Está asimismo suficientemente comprobado que se asocian a cierta probabilidad de tromboembolismo venoso, de infarto de miocardio, accidente vascular cerebral e hipertensión. En concreto, el riesgo de infarto de miocardio de las mujeres que utilizan anticonceptivos orales es dos veces mayor que las que no los toman (2,5 veces mayor en los de *segunda generación* y 1,3 veces en las de *tercera generación*). En cuanto a la trombosis venosa, el riesgo es llamativamente mayor en las mujeres que toman anticonceptivos de *tercera generación*[43], lo cual movió a la Agencia Española del Medicamento a desaconsejarlos cautelarmente a las mujeres de riesgo, el 28.9.2001[44]. En marzo de 2002, 103 mujeres presentaron demanda contra tres empresas farmacéuticas, a raíz de los gravísimos efectos secundarios que habían sufrido por la consumición de la píldora anticonceptiva: siete mujeres murieron y otras sufrieron lesiones que van desde los coágulos sanguíneos hasta verdaderas embolias[45]. No obstante, a estos efectos secundarios podemos añadir la posibilidad de una gestación ectópica, puesto que las píldoras del día siguiente no evitan un eventual embarazo en las trompas o abdomen. También se han descrito náuseas (50% de las mujeres que la toman), vómitos (20%) y menstruaciones irregulares (en el 30% la adelantan y en el 20% la retrasan). Y, aunque menos frecuentes, cefaleas, metrorragia, dismenorrea, sensibilidad en los senos, mareos y retención de líquidos[46]. De hecho, se aconseja realizar una visita al médico si a la paciente en tratamiento le aparece dolor en una pierna, dolor de pecho, tos o dificultad para respirar, dolor abdominal, cefalea intensa, debilidad, pérdida de visión, problemas para hablar o ictericia. Concluimos, pues, que no se trata de preparados inocuos,

que se puedan administrar a cualquier mujer en cualquier circunstancia, y así lo han percibido los Ministerios de Sanidad de la mayoría de los países que los han aprobado.

3.5 Progestágenos solos a altas dosis: el Plan B

El siguiente movimiento en la comercialización de las píldoras del día siguiente fue el paso del uso de estrógenos-progestágenos al uso de un solo progestágeno. Fue aprobado por la FDA en 1999, y contiene altas dosis de solo *levonorgestrel*. La llamada *minipíldora* que no está comercializada en España, contiene el mismo principio activo, pero en dosis muy bajas (0,03 mg). Se suele recomendar como método estrictamente anticonceptivo a mujeres que no pueden tomar la píldora combinada por sus efectos secundarios. Pero los datos científicos demostraban que la *minipíldora* no previene la ovulación en más de la mitad de las mujeres que la utilizan: en concreto, el rango de fallo es de entre el 67 y el 81%[\[47\]](#).

Tras estos resultados, la OMS promovió un estudio en el que, aumentando la dosis del progestágeno, se demostró que la administración de 0,75 mg de *levonorgestrel* es tan eficaz para la intercepción postcoital como la asociación de un estro-progestágeno o un estrógeno solo, y tiene menos efectos secundarios. Uno de sus mecanismos de acción sería la modificación del endometrio, impidiendo por vía interceptiva la nidación del óvulo fecundado. Y en un trabajo publicado en 1998 se llega a la conclusión de que el *levonorgestrel* usado como método postcoital previene el embarazo (en realidad lo termina) en un 85% de los casos, mientras que el método tradicional de Yuzpe sólo en un 57%[\[48\]](#). La posología consiste en tomar una dosis dentro de las primeras 48 horas después de haber tenido relaciones sexuales desprotegidas, y una segunda dosis 12 horas después de la primera. Este intervalo puede verse superado en no más de 24 horas, ya que se ha demostrado que hasta ese período el *levonorgestrel* está presente en plasma en concentración eficaz[\[49\]](#).

Hasta que fue comercializado con ese fin, la utilización del *levonorgestrel* como método de intercepción de emergencia contaba con el inconveniente de que, para alcanzar la dosis mínima eficaz, había que ingerir unos 25 comprimidos por toma, en total 50 comprimidos de 15 mcg, lo cual tenía graves inconvenientes de biodisponibilidad. Las denominaciones comerciales de *levonorgestrel* que se aprobaron en España en marzo de 2001 con indicación de *anticoncepción postcoital* píldoras del día siguiente son *Norlevo*, *Postfemin* y *Postinor*, que cuentan con 750 mcg del fármaco. En este país se requiere receta médica para adquirirlo. En Gran Bretaña, en cambio, se comercializó el *Levonelle 2*, y a partir del año 2000 se puede vender incluso sin prescripción[\[50\]](#).

El mecanismo de acción de estos preparados ya lo hemos explicado brevemente en el apartado precedente[51]. Aunque al aprobarlo para su uso comercial, la Agencia Española del Medicamento reconoció con patente falta de rigor científico y académico que no estaba muy claro el mecanismo de acción de las tres especialidades de levonorgestrel aprobadas, afirmaban que en cualquier caso evitan la ovulación si la relación sexual ha tenido lugar en la fase preovulatoria. Por otra parte, reconocían que también pueden producir cambios endometriales que dificultan la implantación del embrión, cuando se ha visto que es ésta la acción principal: Shi et al.[52] demostraron que, tras la administración de levonorgestrel en la dosis aprobada a 6 mujeres, en cuatro de ellas se había producido ovulación. Por otro lado, Kahlenborn et al. constatan que tanto el *método de Yuzpe* como el *Plan B* actúan normalmente después de la fertilización, con mecanismo prevalentemente antiimplantatorio (cerca del 80% de los casos), independientemente del momento del ciclo en el que fueron utilizados[53].

De todos modos, como corolario podemos afirmar con Herranz que estamos un poco perplejos por el hecho de que la cosa, importante como es, permanece envuelta en una tenaz nube de ignorancia. Sorprende que una cosa así ocurra en el tiempo de la medicina basada en pruebas, tiempo en que, en farmacología clínica, se hila muy fino y no están bien vistas ni la ignorancia ni la indeterminación. Disponemos sólo de estimaciones indirectas, aunque relativamente fiables, que permiten concluir que, aun dada a tiempo, la píldora del día siguiente no inhibe la ovulación siempre[54]. En concreto, el efecto anovulatorio sólo se producirá en aquellas ocasiones en que la relación sexual tenga lugar en la primera parte del ciclo, período que tampoco se puede considerar en toda su amplitud, ya que en esta etapa se da la menstruación.

Como queda dicho en el primer epígrafe del artículo, por el momento el farmacéutico español no está obligado a la tenencia y dispensación de las píldoras del día siguiente en su establecimiento sanitario, pero podría llegar el día en que le fuera impuesto. De todo lo señalado hasta ahora se desprende que la ley que así lo estableciera, tratándose de un asunto de delicada importancia y tantas implicaciones éticas, adolecería de falta de fundamentación: sea por basarse en parámetros terminológicos más que dudosos, como el concepto de *embarazo*, de *aborto* o de *anticoncepción* lo cual aborrece del sistema legal actual, que tiene en mucho la precisión semántica y literal; como por el hecho de no contar con suficiente respaldo científico sobre el verdadero mecanismo de acción de estos fármacos, su farmacocinética y farmacodinámica y los efectos secundarios que pueden producir.

4 Efecto abortivo de la anticoncepción de emergencia

En el artículo precedente veíamos que el principal problema de la llamada *anticoncepción de emergencia* es precisamente que en la gran mayoría de los casos en que se utiliza no se trata de *contracepción*, sino de *aborto*. Hemos situado la raíz de la cuestión en un problema doble: por un lado, en la convicción científica y a la vez moral acerca de la existencia o no de vida humana desde el momento de la fecundación; por otro, y como consecuencia del primero, en la ambigüedad de la terminología utilizada al tratar estos temas.

La diferencia entre el tratamiento legal de la *anticoncepción postcoital* y el de los abortivos es radical. Dado que desde el punto de vista legal se define falsamente el *aborto* como la interrupción sólo contragestativa del embarazo eliminación del embrión ya implantado, los medicamentos que actúan como antiimplantatorios no quedan sometidos a todos los pasos legales previos a la ejecución de un aborto, como la verificación de uno de los tres únicos supuestos de despenalización del mismo, la ejecución del acto en un medio hospitalario, etc. Es un tema que abordaremos más adelante, pero queremos subrayar que esto lleva, en la práctica, a la total *liberalización* del aborto precoz. Y todo por una cuestión que en realidad poco tiene que ver con la orientación ética o a la convicción del médico o del científico acerca del momento de inicio de la gestación: se trata de un móvil prevalentemente ideológico y comercial.

En esta línea, pensamos que es éticamente necesario tener siempre en cuenta y respetar la convicción de quien por razones científicas que tienen, tal como hemos demostrado, tanto o más fundamento médico que la anteriormente descrita, morales o religiosas, tiene la certeza de que una intervención sucesiva a la fecundación, pero precedente a la implantación, supone también una pérdida de vidas humanas y por lo tanto, si provocada, es éticamente inaceptable^[55]. Y esto tendrá que reflejarse también en la información que se da, tanto a un nivel tan básico como el del prospecto de la especialidad farmacéutica, como al más amplio de la formación de la población o, en el plano legal. Esto se logrará, en estos foros, mediante una descripción lo más detallada y exacta posible de su mecanismo de acción, dejando al margen cualquier categoría ideológica que ensombrezca el rigor científico: en sus prospectos se *debe* leer que el mecanismo de acción por el que actúan es inhibiendo la ovulación o *impidiendo la implantación*. De hecho, tal como hemos visto, en un porcentaje cercano al 80% actúan del segundo modo, así que, a tenor de lo que hemos venido demostrando hasta ahora, nos es lícito llamarlos, sin temor a equivocarnos, *fármacos abortivos*.

Al margen de la perspectiva que se tenga en la materia señalada, podemos reconocer pacíficamente que el embrión, tal como hemos visto en la exposición de su estatuto biológico-ontológico y del tratamiento jurídico que se le da, merece una tutela positiva ya desde antes de ser implantado: incluso acogiendo la *nueva* definición de embarazo o gestación adoptada por la OMS, es igualmente evidente que desde el momento de la fecundación ha iniciado un nuevo ciclo vital o la existencia de un *individuo humano en desarrollo*, que está efectuando una fase de migración hacia el lugar de implantación. En ese proceso, si se lleva a cabo con éxito, con la nidación si se quiere ver desde este punto de vista iniciará la gestación de un ser humano. Así, aunque no comportara la interrupción de esa *gestación*, un producto con acción *interceptiva* impediría de hecho la implantación y gestación de un individuo humano ya concebido. De tal modo que, sea como fuere como se lo quiera llamar, el tratamiento antiimplantatorio merece a todas luces recibir una consideración equivalente al aborto, y no a la anticoncepción^[56], puesto que la vida ya implantada es un *continuum* de la que se originó con la fecundación.

Por lo tanto, no será de extrañar que de llegar a convertirse en una obligación la tenencia y dispensación de las píldoras del día siguiente, el farmacéutico se plantee una duda ética acerca de la licitud de esta actividad: el peso ético de tener que involucrarse profesionalmente en la comercialización de estos fármacos, en su conciencia, será análogo al que imprime el tener que trabajar con abortivos como la RU486. Y no está de más señalar que en la sociedad en la que vivimos, en la que predomina la tolerancia y el respeto a la libre autodeterminación moral del individuo, también en cuestiones profesionales siempre que no se lesione gravemente el bien común, lo que en este caso no sucede, parece lógico que se tutele la actuación del farmacéutico en el respeto de su conciencia. En otras palabras, si la paciente piensa que puede hacer uso de la *anticoncepción de emergencia*, el farmacéutico tiene derecho a no verse involucrado en tal proyecto. Así lo han percibido los farmacéuticos que recurrieron a la disposición autonómica que obligaba a dispensar estos fármacos en las oficinas de farmacia. Pero es un asunto que estudiaremos más adelante.

5 Problemática de la PDS y actuación farmacéutica

Tal como veíamos, el farmacéutico bien puede plantearse un conflicto de conciencia cuando se le exige la tenencia y dispensación de la PDS. Pero ¿por qué motivo? Se le podría decir que él sólo está vendiendo un fármaco, que no hace nada malo... Quizá es cierto, pero también percibe que su *ser bueno o malo moralmente* no se agota en la mera ejecución de una acción, sino que a menudo se extiende a las consecuencias que su actuación tiene en el obrar ajeno. Así, percibirá

que no se le puede obligar a *colaborar* en una acción que considera gravemente injusta.

Pero, ¿qué tipo de cooperación al aborto desde el punto de vista ético representa la dispensación de un fármaco que se estima que puede actuar como abortivo? Depende de muchos factores, como la afinidad de su intención o voluntad con el acto abortivo, la proximidad física o moral con este acto, etc. En una primera aproximación, podemos señalar que se puede tratar de una cooperación *formal*, siempre que el farmacéutico dispensara el preparado compartiendo la intención de quien la pide. Pero la podemos considerar también *material*: sería el caso del farmacéutico cuya conciencia entra en colisión con el hecho de tener que dispensar hospitalaria o ambulatoriamente un preparado con cierta finalidad abortiva; esto será así porque experimenta rechazo hacia la acción que le viene requerida, y no hay una adhesión de su voluntad al acto abortivo, haga lo que haga luego. Es una cooperación *mediata no inmediata*, porque no participa en el mismo acto abortivo; su actuación representa la presentación de un instrumento o recurso para que otros lleven a término el acto en cuestión, pero existe un hiato o discontinuidad entre su acción y la del que va a obrar el posible aborto (la mujer que va a tomar la especialidad farmacéutica). Es decir, el farmacéutico no participa en la acción misma, que en este caso consiste en la ingestión del fármaco en la dosis idónea para provocar la eliminación de cualquier eventual consecuencia de una relación sexual desprotegida. De todos modos, es una cooperación *próxima y efectiva*, ya que ese fármaco o dispositivo en principio va a ser usado para producir este efecto, y sólo ha sido pedido o solicitado para ello; hay una elevada proximidad tanto en la *sucesión de los hechos* como en la *necesidad* de la actuación farmacéutica para que el posible aborto farmacológico se consume.

En este sentido, recordamos que el farmacéutico es insustituible en su papel en el área asistencial: sólo él puede dispensar medicamentos, por la razón de que es el único profesional facultado legalmente para ello por la *Ley del Medicamento*[\[57\]](#). Sin su concurso, el acto no tendría lugar: es una aportación *necesaria*, aunque no *suficiente* en virtud, se puede pensar, de esa ulterior libertad que debe entrar en juego, y que determina definitivamente el desenlace de la acción. Esto nos permite establecer la proximidad a las consecuencias no queridas, pero toleradas como realmente elevada.

No podemos dejar de contemplar un matiz que diferencia la valoración ética de la dispensación de la PDS con respecto a otros fármacos, como la RU486 (cuyo mecanismo de acción abortivo es siempre claro): se trata de la *proximidad* de la cooperación al acto abortivo que supone el acto de dispensación. El fármaco directa y únicamente abortivo lo adquiere la mujer que ha verificado su estado de gestación y quiere

terminarla, por lo que el mal se consume en la totalidad de los casos. La mujer que toma la *anticoncepción postcoital*, en cambio, no sabe si la relación sexual que llevó a cabo de modo *desprotegido* pudo ser fecundante puesto que sólo un porcentaje muy bajo de ellas lo es, sobre todo en función del período del ciclo en el que se encontraba. Tampoco sabe si el fármaco ha actuado con mecanismo anovulatorio o antiimplantatorio, aunque tal como hemos dicho, en el 80% de las relaciones potencialmente fecundantes actúa mediante el segundo mecanismo. Dicho de prisa y mal, en realidad, sólo pretende sacarse un *problema* de encima, con una intención más amplia que la directamente abortiva, aunque la incluye puesto que está abierta a esta posibilidad.

Además, debido a la *desinformación* que hay sobre la PDS, la mujer puede estar convencida de que está tomando un *anticonceptivo*, en el sentido estricto, y no un fármaco que muy probablemente acabará con la vida de un embrión incipiente^[58]. Es cierto que esta ignorancia o falta de formación en la mujer cambia la valoración ética subjetiva del acto de tomar la PDS, pero no la del acto de dispensarla o de producirla industrialmente, puesto que el farmacéutico que cuenta con la capacitación profesional para ello es cabalmente consciente de lo que está vendiendo y del efecto que va a tener. Aunque precisamente por esto, también sabe que no en todos los casos el fármaco actúa como abortivo, lo cual también podemos considerar que hace de la dispensación un acto de cooperación menos *próxima* a la acción reprobable que en el caso de los fármacos directamente abortivos. De todos modos, aunque no es determinante, la sola posibilidad de desencadenar un aborto agrava mucho esta situación respecto a la de la simple anticoncepción: no se puede disparar a través de una puerta sin haber comprobado previamente con total certeza que detrás de ella no hay nadie, y que no va a llegar nadie a quien pueda afectar el disparo.

Para entender la cuestión de la proximidad de la cooperación al posible aborto, podemos señalar que en el ámbito de una oficina de farmacia, tal como veíamos, también se pueden adquirir fármacos hormonales que en principio no tienen finalidad *anticonceptiva postcoital*, pero que podrían ser usados como tales por ejemplo, la ingestión de dosis masivas de hormonas reguladoras del ciclo menstrual femenino. El farmacéutico puede no saberlo, ni tiene por qué preguntar el uso que se le va a dar, a no ser que algún factor como el volumen de la compra o el tipo de persona que acude a su oficina le induzca a pensar fundadamente que se le va a dar ese fin. Esta cooperación se diferenciaría de la anteriormente mencionada por ser más *remota*. En cualquier caso, si concurren dudas razonables sobre el fin para el que se va a emplear el medicamento, el farmacéutico debe negarse a dispensarlo. En caso contrario, puede incurrir en responsabilidades

civiles e incluso penales [\[59\]](#).

6 Objeción de conciencia farmacéutica y píldora del día siguiente

Ante estos dilemas, cabe preguntarse: ¿cuenta el farmacéutico con algún resorte jurídico que le permita eludir, por motivos estrictamente legales o científicos, ideológicos, religiosos o de conciencia, la obligación de colaborar profesionalmente a una acción que considera éticamente reprobable? ¿Cuenta con el soporte legal suficiente para acogerse a la objeción de conciencia?

Qué duda cabe de que estamos tratando un problema ético de lo más particular: a su clara componente moral tenemos que añadir la jurídica; y por si fuera poco, también la científica, que lleva consigo toda la ambigüedad terminológica que hemos explicado en el precedente artículo. Un botón de muestra para esclarecer la cuestión: si fuese verdad que el aborto es la supresión del embrión ya implantado, se comprendería que la PDS pudiera ser dispensada al margen de la legislación española sobre aborto. Considerándolo, de acuerdo a la realidad de las cosas, como la eliminación del embrión desde el momento de la fecundación, entonces, por todo lo demostrado hasta aquí, la *anticoncepción de emergencia* tendría que verse despenalizada en la ley española sólo en los tres supuestos y bajo las condiciones que contempla esta ley al margen del juicio ético negativo que ésta merece.

6.1 ¿Objeción farmacéutica?

Considerando ya que se puede entender el mecanismo de acción de las diversas PDS como eminentemente abortivo, estudiemos el asunto. Los diversos Estados del ámbito democrático, en general, reconocen sin especiales problemas la objeción de conciencia del personal sanitario que está llamado a participar *directa* o *inmediatamente* en abortos, como el ginecólogo y el obstetra. Aunque a nivel legal no sea una afirmación tan sentada, gran parte de la literatura también aboga por un reconocimiento de la objeción de conciencia de la enfermera que asiste directamente en el aborto, e incluso la del anestesista que actúa en orden a tal acto. Las acciones que llevan a cabo estas personas forman en su conjunto un solo acto abortivo, están encaminadas unívoca e irreversiblemente a producir un resultado, el aborto: se trata de colaboraciones inmediatas. De este reconocimiento en el Derecho también se deriva la necesaria protección del sujeto que se acoge a la objeción de conciencia.

Pero aquí queremos dar un paso más: en virtud de su relación profesional con el acto abortivo que señalamos, ¿puede recurrir a la objeción de conciencia el farmacéutico? La literatura científica está

dividida a la hora de considerarlo susceptible de acogerse a la objeción de conciencia al aborto: unos dicen que, como son actos a los que coopera *indirecta o mediatamente* de modo *no directo o no inmediato*, no puede gozar de tal derecho; otros afirman que, siendo *necesaria* su colaboración a tal acto, debe serle reconocido.

Para ilustrar alguna de las características peculiares que adquiere la dispensación de la píldora del día siguiente en España, podemos ver cómo en octubre de 2001 el Colegio de Farmacéuticos de Guadalajara envió una circular relativa a la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia. En la misma se concluye que, en caso de conflicto, prevalece el derecho individual del farmacéutico a la objeción de conciencia. Así, aun siendo falta grave en la *Ley del Medicamento* la negativa a dispensar un medicamento sin causa justificada, la objeción de conciencia es una causa justificada^[60]. La causa justificada a la que hace referencia la Ley del Medicamento ampara, por lo tanto, razones científicas, legales o de conciencia. En realidad, las tres quedan contempladas por la negativa a dispensar la píldora del día siguiente. Las dos primeras las expondremos a continuación. En cuanto a la tercera, podemos recordar la autonomía y derecho de decisión que tiene el farmacéutico en el ámbito en el que se mueve como cualquier profesional en el propio, que está en función de su capacidad de percibir si sus actos van a producir un bien o un mal moral capacidad que le confiere también su criterio profesional.

El farmacéutico siente el imperativo moral de seguir la voz de su conciencia frente a la cooperación en el aborto, y éste será el principal motivo de su objeción a esta acción. Ahora bien, esta decisión cuenta también con no poco aval o soporte legal y científico, que le permite justificar y reforzar su postura. Vamos a detenernos en esta cuestión.

6.2 Objeción «de legalidad»

Desde los puntos de vista legal y científico, la última afirmación nos da pie para profundizar en la *objeción de legalidad*^[61], que cobra especial relieve en este caso concreto. No carece de relevancia señalar que en la medida en que el farmacéutico se niega a cooperar en el aborto, opta por la regla general prohibitiva del aborto; no quiere rozar el ámbito de lo delictivo, es decir, no quiere verse implicado en actuaciones que puedan ser constitutivas de delito. Puede bastarle hacer notar que la posibilidad evitable de ocasionar la muerte directa de una vida humana no forma parte de la praxis farmacéutica, tal como lo demuestra la ley general. El fin de la profesión farmacéutica, amparado por el Derecho y la deontología profesional, ha sido siempre la defensa de la vida y la promoción de la salud. Por ello, el farmacéutico debe, en todo momento, ayudar al enfermo. En este

sentido, establecer una obligación legal de dispensar un producto que agrede la vida humana puede implicar la existencia de una antinomia o conflicto de normas. Por ello, un farmacéutico se puede negar a dispensar una especialidad cuando ésta pueda actuar provocando la expulsión y muerte de un embrión, aludiendo motivos estricta y netamente científicos y profesionales.

Antes de tener que acudir a la objeción de conciencia, el farmacéutico debe agotar los procedimientos que le ofrezca el Derecho y que no entren en colisión con la legislación vigente la objeción de conciencia no es anti-legal pero en cierta manera sugiere una *alternativa* a la ley[62]. En esta línea, el objetor en materia de aborto advertirá que por la vía de la *legalidad* efectivamente cuenta con cierto soporte jurídico. Éste se refleja en las leyes ordinarias que suelen despenalizar sólo parcialmente este hecho, manteniéndolo como delictuoso en la mayoría de los supuestos. Además el personal sanitario que objeta a la realización o cooperación en un aborto de algún modo encuentra en la propia norma constitucional una justificación de su actitud. Por lo tanto, no podemos considerar la objeción de conciencia al aborto como una excepción, sino un ir a favor de la Constitución, lo cual exige la máxima recepción en el ordenamiento jurídico. Efectivamente, el Código Penal cita expresamente la expendición de medios abortivos, en el párrafo 3º del art. 415, completándose con el 416, que en lo tocante a la difusión de métodos abortivos pena gravemente la participación del farmacéutico a ella en los casos fuera de la ley[63]. Finalmente, el artículo 145 del actual Código Penal castiga con la pena de prisión, de uno a tres años, e inhabilitación especial durante un período de tiempo, al que produzca el aborto de la mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley. De este modo, tal como veíamos no puede entenderse que existe un derecho al aborto, y menos aún la situación de *liberalización* del aborto que se está creando con la comercialización de estos fármacos.

Desde la nueva óptica que hemos planteado de defensa del embrión ya antes de su nidación, podemos reforzar la idea de que según la ley española vigente es injustificable su eliminación en este período, fuera de los tres supuestos previstos por la ley. Acogiendo la tesis de que la vida comienza desde la fecundación, debe tenerse en cuenta la protección que le ofrece la Constitución Española[64]. En virtud de ésta el artículo 15.1 del Código Penal considera punibles el delito consumado y la tentativa de delito como la dispensación de la PDS sin justificación dentro de la ley del aborto. Además, el art. 28.1 del mismo código establece la responsabilidad penal del cooperador necesario para la realización de un hecho: también serán considerados autores (...) b) los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado [a saber: la dispensación de estos

preparados][65]. Por lo que la comercialización de la PDS no ha generado más que una situación *de facto* de incumplimiento de la ley, ya que se prescribe al margen de las razones que aduzca la mujer.

Esta situación de ilegalidad con respecto a los supuestos de aborto despenalizados, queda también reflejada en el hecho de que el Real Decreto 2409/1986, de 21.11.1986, dispone que la sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, exige la comprobación del supuesto de hecho en los casos de aborto terapéutico y eugenésico, así como que el aborto se realice en centros sanitarios públicos o privados autorizados al efecto o mediante otra solución similar dentro del marco constitucional. Concretamente, la sentencia recuerda el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se llevará a cabo dentro de los límites previstos por el legislador y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer[66]. Estos requisitos no se cumplen en ningún caso de prescripción y dispensación de la píldora del día siguiente y menos aún en el caso de que se puedan adquirir sin necesidad de receta, como ya ocurre en Gran Bretaña, y justifican ampliamente y amparan jurídicamente la objeción del farmacéutico de oficina de farmacia a su dispensación[67].

7 Objeción de conciencia y amparo corporativo

Tal como decíamos, un factor que amenaza no poco la conciencia de algunos farmacéuticos, y que establece una diferencia importante entre estos fármacos y los directamente abortivos es su reciente comercialización en España a nivel de oficina de farmacia, que puso a prueba la capacidad de reacción de los profesionales de este ámbito. Hemos señalado que al establecer algunas comunidades autónomas que los farmacéuticos estarían obligados a tenerlos en sus farmacias, algunos presentaron recursos legales. Éstos fueron atendidos, y en última instancia el Tribunal Supremo ha emitido una sentencia, por la que se permite la objeción de conciencia en materia de dispensación, así que los farmacéuticos son libres de expenderlos o no.

El conflicto, en espera de tal decisión, fue muy encendido. Algunos Colegios de Farmacéuticos se pronunciaron expresamente al respecto, como lo hizo el presidente del Colegio de Navarra, cuando manifestó públicamente, en el momento en que se aprobó la comercialización de la PDS, que cada uno tendrá libertad para hacer lo que quiera. Así que si una paciente va a una oficina de farmacia con una receta y no se le dispensa el medicamento, tendrá que dirigirse a otra. No creo que esto suponga un problema porque hay farmacias cada 200 metros[68]. Esta declaración abría el camino a la objeción de conciencia farmacéutica a la *anticoncepción de emergencia*.

En términos parecidos se pronunció el presidente del Colegio de Guadalajara, cuando envió una circular a todos los colegiados, con un informe en el que se comentaban las bases científicas referentes a la actuación de la píldora del día siguiente, así como los términos en los que se estaba planteando el debate. En la circular se solicitaba que aquellos farmacéuticos que lo desearan informaran al Colegio sobre su intención de acogerse a la objeción de conciencia, ya que es necesario iniciar un procedimiento de solicitud de la misma para que ésta pueda ser reconocida y desde un punto de vista jurídico el farmacéutico que lo desee, pueda estar perfectamente amparado en su derecho a negarse por objeción a la dispensación de este tipo de preparados[69]. Ya se ve que en el eventual caso de que quede establecido como una obligación la tenencia y dispensación de la PDS, en varias de las comunidades autónomas del Estado español se reconocerá la autonomía y libertad de conciencia del profesional sanitario, y el farmacéutico no tendrá problema para acogerse al deber de no obedecer la ley que enfrente gravemente su profesión a sus convicciones morales, acogiéndose a la objeción de conciencia.

En otras comunidades autónomas, en cambio, al inicio no era así. Tanto el Colegio Balear como el de Valencia y el de Zaragoza tomaron posturas iniciales bastante agresivas frente a los farmacéuticos decididos a acogerse a la objeción de conciencia. No hay más que ver el informe del Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares a sus colegiados en el año 2001, cuyo título era *Negativa del farmacéutico a dispensar un medicamento prescrito por un facultativo con receta*[70]. Pero hay que decir que ante la fuerte presión del estamento, acabaron concediendo que, en caso de alegarla, recibirían apoyo colegial, al que tienen derecho tal como está indicado en el Código Deontológico de esta profesión.

Dentro de las motivaciones contenidas en la cláusula de la Ley del Medicamento que permite al farmacéutico la elusión de dispensación por causa justificada, también se encuentra el respeto al juicio de su conciencia. Sabemos que la objeción de conciencia es un derecho que tiene cobertura constitucional. También cuenta con la aprobación de los organismos más importantes de ordenación farmacéutica, como el Colegio Oficial de Farmacéuticos, que en los Estatutos de la Profesión la incluyó, a la vez que se comprometía a asegurar el respaldo institucional en caso de que el farmacéutico acudiera a ella. Este compromiso de cobertura, asesoramiento y defensa de quienes hayan decidido declararse objetores, por parte de la Organización Farmacéutica Colegial, lo encontramos en el art. 33, reforzado por el 31: el farmacéutico podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria[71]. La Corporación Farmacéutica, por su parte, ha de

esforzarse en conseguir que las normas éticas de este código sean respetadas y protegidas por la Ley, defendiendo a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de sus principios éticos [\[72\]](#).

Algunos entes han publicado su modelo de objeción de conciencia, que se expresa en los siguientes términos:

AL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE
.....

D.....,
con DNI n°..... y colegiado n°.....,
del Ilustre Colegio de farmacéuticos
de.....,

ante esta corporación comparece y como mejor proceda EXPONE:

Que mediante el presente escrito, vengo a comunicar al Colegio mi condición de OBJETOR DE CONCIENCIA a la dispensación de la llamada píldora del día después, a los efectos procedentes.

Fundamento mi petición en lo siguiente:

1. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de nuestra Constitución.
2. Igualmente, considerando que la vida humana es un proceso que comienza en la gestación, el respeto a la vida es un derecho fundamental, que consta expresamente reconocido en el artículo 15 de nuestra Constitución.
3. La denominada píldora del día siguiente tiene como finalidad evitar la implantación del óvulo fecundado resultante de un acto sexual que se considera que ha podido ser fértil. La eliminación de un embrión aunque se encuentre en una fase muy temprana de su desarrollo, puede suscitar graves conflictos morales en aquellas personas que intervienen en el proceso de asesoramiento, prescripción o dispensación de los métodos postcoitales. Este es el caso de los farmacéuticos de las Oficinas de Farmacia, a los que no se les puede obligar a dispensar estos preparados hormonales cuya finalidad no es curar sino evitar el nacimiento de una vida humana.
4. Igualmente la objeción de conciencia viene reconocida como derecho en el Código de Ética Farmacéutica y Deontológico de la Profesión, aprobado el pasado 14 de diciembre por la Asamblea General de

Colegios, siendo obligación de las Corporaciones y Colegios Farmacéuticos la defensa y asesoramiento de sus colegiados que se vean perjudicados por el cumplimiento de sus principios éticos.

En este sentido tenemos:

Art.28: La responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y a la salud del paciente.

Art.31: El farmacéutico, sus compañeros y sus representantes corporativos en el ejercicio de sus funciones mantendrán relaciones de respeto mutuo. Asimismo, la Corporación Farmacéutica ha de esforzarse en conseguir que las normas éticas de este Código sean respetadas y protegidas por la Ley, defendiendo a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de sus principios éticos.

Art.33: El farmacéutico podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que se considere precedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y ayuda necesaria.

Por lo expuesto:

Solicito tenga por hechas las anteriores manifestaciones y tenga por formulada a los efectos oportunos mi condición de objetor de conciencia a la llamada píldora del día después.

En....., a..... de.....
de.....[\[73\]](#).

Ya se ve que no es poco el interés en hacer valer la voz del profesional farmacéutico que considera que la píldora del día siguiente actúa de modo predominantemente abortivo, y que pide en virtud de la colaboración laboral que se le exige en su difusión la posibilidad de ejercer su derecho a la objeción de conciencia a su dispensación. Derecho que en una sociedad en la que vivimos debe ser ampliamente cubierto y protegido.

[\[1\]](#) Decreto 104/2001 de la Consejería de Salud, de 30.4.2001 (B.O.J.A. del 31.5.2001).

[\[2\]](#) Orden de la Consejería de Salud, de 1.6.2001 (B.O.J.A. del 2.6.2001).

[\[3\]](#) También, en el caso de la objeción de conciencia, su contenido constitucional forma parte de la libertad ideológica reconocida en el

artículo 16.1 de la CE (STC nº 53/85), en estrecha relación con la dignidad de la persona humana, el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la CE) y el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la CE), lo que no excluye la reserva de una acción en garantía de este derecho para aquellos profesionales sanitarios con competencias en materia de prescripción y dispensación de medicamentos (Cfr. *Sentencia del Tribunal Supremo*, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 23.4.2005 (recurso de casación 6154/2002), Fundamento de Derecho 5º).

[4] Cfr. Talavera Fernández, P.A., Bellver Capella, V., La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital. *Medicina e Morale* 1 (2003), 114-117; Di Pietro, M.L., Minacori, R., Sullabortività della pillola estroprogestinica e di altri «contraccettivi». *Medicina e Morale* 5 (1996), 863-864.

[5] Cfr. STC 53/1985, de 11.4.1985 (B.O.E. de 18.5.1985), Fundamento Jurídico 5º.

[6] Cfr. Hughes, E.C. (Ed.), *Committee of terminology, American college of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology*, FA Davis Company, Philadelphia, 1972.

[7] Talavera Fernández, P.A., Bellver Capella, V., *op. cit.*, 115.

[8] Cfr. Navarro-Valls, R., La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho español. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado* 2 (1986), 263.

[9] Cfr., entre otros, los estudios y revisiones realizados por Di Pietro, M.L., Sgreccia, E., La contragestazione ovvero aborto nascosto. *Medicina e Morale* 1 (1988), 19-23; López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *La píldora del día siguiente*, Sekotia, Madrid, 2002, 77-83; Vega Gutiérrez, M., Vega Gutiérrez, J., Estatuto del embrión humano. *Bioética y Ciencias de la Salud* 1 (1994), 83-86. Sobre el reconocimiento internacional de esta exigencia, se puede consultar: Estados Americanos, *Convención americana sobre los derechos del hombre*, San José de Costa Rica, 22.11.1969, art. 4; Consejo de Europa, *Recomendación 874 (1989) sobre una Carta europea de los derechos del niño*, par. 6; Santossuosso, F., *Proposta di disciplina della nuova genetica umana. Relazione sul secondo dei due progetti della Commissione di esperti*, Giurisprudenza Italiana 1982, 2/IV; Rothley, W., *Documento de trabajo sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética (Parlamento Europeo. Comisión jurídica y para los derechos del ciudadano)*, 24.7.1987, par. 1.5.

[10] Di Pietro, M.L., Sgreccia, E., *op. cit.*, 20.

[111] Cfr. *Constitución Española*, art. 15. Briones dice al respecto que es ineludible jurídicamente que de conformidad con el art. 30 del Código civil, no se es persona humana y, por ende, no se puede ser sujeto de derechos si no se ha producido el evento del nacimiento (Briones Martínez, I., *La objeción de conciencia a la fecundación in vitro*. En: Guitarte, V., Escrivá, J. (Eds.), *La objeción de conciencia, Actas del IV Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado (Valencia 18-30.5.1992)*, Generalitat Valenciana, Valencia, 1993, 385). Un desarrollo exhaustivo de este artículo y las diversas interpretaciones que ha recibido en el Tribunal Constitucional español en lo referente al *nasciturus* lo podemos encontrar en Calvo Álvarez, J., *Aborto y Derecho. Consideraciones críticas en torno a la doctrina del Tribunal Constitucional español*. Instituto de Ciencias para la Familia, Pamplona, 1996.

[121] López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 82. En este sentido se expresa también el art. 2 de la *Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* del Consejo de Europa: el interés y el bienestar del ser humano prevalecerán frente al exclusivo interés de la sociedad o de la ciencia.

[131] Spaemann, R., *Lo natural y lo racional: Ensayos de antropología*. Rialp, Madrid, 1989, 50.

[141] Cfr. Ballesteros, J., *Sobre el sentido del Derecho*. Tecnos, Madrid, 1986, 128.

[151] Cfr. Arrébola, P., Vacas, J.S., Aspectos legales y éticos de anticonceptivos y abortivos. *Cuadernos de Bioética* 23 (1995), 305.

[161] Cfr. la crítica planteada en Sgreccia, E., A proposito del preembrione umano (editoriale). *Medicina* 1 (1986), 5-17.

[171] Ramírez, A., Sánchez, R., Vidal, X.A., Intercepción postcoital. En Buil, C. (Ed.) [Publicación en línea], *Manual de anticoncepción hormonal oral*. Sociedad española de Contracepción, 2005, <http://www.sec.es/publicaciones/aho/Cap10.htm> [Consulta: 20.5.2005].

[181] López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 25.

[191] Cfr. Haspels, A.A., Emergency contraception: a review. *Contraception* 50 (1994), 101-108.

[201] Cfr. López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 32-33.

[211] Para desarrollar este epígrafe, aparte de los distintos

artículos científicos que hablan sobre aspectos puntuales, hemos estudiado la siguiente bibliografía básica: Flórez, J., Armijo, J.A., Mediavilla, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., Masson, Barcelona, 2000, 867-889; Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. et Al., Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 63 (2001), 111-121; American College Of Obstetricians And Gynaecologists (ACOG), *Statement on contraceptive methods*, Washington: The college, 1998; Glasier, A., Emergency post-coital contraception. *The New England Journal of Medicine* 337 (1997), 1058-1064; Marions, L., Hultenby, K., Lindell, I. et Al., Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstetrics and Gynaecology* 100 (2002), 65-71; López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 31-56; Di Pietro, M.L., Casini, M., Fiori, A., Minacori, R., Romano, L., Bompiani, A., Norlevo e obiezione di coscienza. *Medicina e Morale* 3 (2003), 411-455; Di Pietro, M.L., Minacori, R., La contraccezione demergenza. *Medicina e Morale* 1 (2001), 11-39; Talavera Fernández, P.A., Bellver Capella, V., *op. cit.*, 111-133; AAVV, Sulla cosiddetta «contraccezione demergenza». *Medicina e Morale* 3 (1997), 582-589.

[22] Cfr. Haspels, A.A., Interception: Post-coital Estrogens in 3016 Women. *Contraception* 14 (1976), 375-381.

[23] Cfr. Smith, A.R., Ectopic pregnancy after post-coital diethylstilboestrol. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121 (1975), 284-285.

[24] Cfr. Haspels, A.A., Emergency contraception: a review, *op. cit.*

[25] Cfr. Marions, L., Gemzell, K., Swahn, M., Bygdeman, M., Contraceptive efficacy of low doses of mifepristone. *Fertility and Sterility* 70 (1998), 813-816.

[26] Cfr. Flórez, J., Armijo, J.A., Mediavilla, A., *op. cit.*, 879.

[27] Cfr. *Ibid.*, 883.

[28] Cfr. Di Pietro, M.L., Minacori, R., Sullabortività della pillola estroprogestinica e di altri «contraccettivi», *op. cit.*, 891.

[29] Cfr. Yuzpe, A.A., Turlow, J.J., Ramzy, I., Post-coital contraception. A pilot study. *Journal of Reproductive Medicine* 13 (1974), 53-58.

[30] Cfr. López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 39-46; Di Pietro, M.L., Minacori, R., Sullabortività della pillola estroprogestinica e di altri «contraccettivi», *op. cit.*, 871-880.

[31] El progestágeno, tal como ya hemos dicho, inhibe la liberación de LH, evitando la ovulación y haciendo que el moco cervical sea menos permeable a los espermatozoides. El estrógeno, por su parte, inhibe la liberación de FSH y suprime el desarrollo folicular, constituyendo dos efectos que se suman. Pero, en el caso del *método de Yuzpe*, se ha sugerido que estos procesos no se complementan, debido a la baja dosis hormonal utilizada en las especialidades que los combinan.

[32] Cfr. Di Pietro, M.L., Minacori, R., *La contraccezione demergenza, op. cit.*, 14.

[33] Cfr., entre otros, Glasier, A., *Emergency postcoital contraception, op. cit.*, 1058-1064. También es interesante la revisión llevada a cabo en Landgren, B.M., Johannisson, E., Aedo, A.R., *The effects of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. Contraception* 39 (1989), 275-289; Di Pietro, M.L., Casini, M., Fiori, A., Minacori, R., Romano, L., Bompiani, A., *op. cit.*, 411-432; Di Pietro, M.L., Minacori, R., *La contraccezione demergenza, op. cit.*, 24-32.

[34] Cfr. Landgren, B.M., Johannisson, E., Aedo, A.R., *op. cit.*, 283-289.

[35] Cfr. Durand, M., Cravioto, M.C., Raymond, E.G. et Al., *On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception* 64 (2001), 227-234. Este porcentaje suele oscilar entre el 21 y el 33%, según se trate de un tratamiento a base de levonorgestrel o del *método de Yuzpe*.

[36] Cfr. Morris, J.M., Van Wagenen, G., *Interception: the use of postovulatory estrogens to prevent implantation. American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115 (1973), 101-106; Kahlenborn, C., Stanford, J.B., Larimore, W., *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. Annals of Pharmacotherapy* 36 (2002), 465-470.

[37] Cfr. Landgren, B.M., Johannisson, E., Aedo, A.R., *op. cit.*, 275-283.

[38] Cfr. Ling, W., Wrixon, W., Zayid, I., Acorn, T., Popat, R., Wilson, E., *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception, II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. Fertility and Sterility* 39 (1983), 292-297.

[39] Cfr. Board, J.A., *Endometrial carbonic anhydrase after diethylstilboestrol as a post coital antifertility agent. Obstetrics*

and *Gynaecology* 36 (1970), 347-349.

[40] Cfr. Taskin, O., High doses of oral contraceptives do not alter endometrial $\alpha 1$ and $\alpha 3$ integrins in the late implantation window. *Fertility and Sterility* 61 (1991), 850-855.

[41] Cfr. Marcuello, A.C., Contracepción hormonal y tratamiento hormonal. *Cuadernos de Bioética* 23 (1997), 668-670; Álvarez de la Vega, F., Ética de la dispensación de contraceptivos. *Cuadernos de Bioética* 6 (1991), 57-58; López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 43-46; Melgar Riol, J., Objeción de conciencia y Farmacia. *Cuadernos de Bioética* 14 (1993), 45.

[42] Sobre el riesgo del efecto colateral carcinogénico de la píldora anticonceptiva, y por ende de la *contracepción postcoital* por combinación de estrógenos-progestágenos, se puede consultar el meta-análisis de Schlesselman, J.J., Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer on women in the United States. *Obstetrics and Gynecology* 85 (1995), 793-799.

[43] Cfr. Kemmeren, J.M., Algra, A., Grobbee, D.E., Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *British Medical Journal* 323 (2001), 131-134.

[44] Subdirección General de Seguridad de Medicamentos de la Agencia Española del Medicamento (Ministerio de Sanidad), *Comunicación ref. 2001/10*, de 28.9.2001.

[45] Cfr. López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 55.

[46] Cfr. *Ibid.*, 54-56.

[47] Cfr. Graham, S., The progesteron-only *minipill*. *Contraception* 26 (1982), 373-398; Di Pietro, M.L., Minacori, R., Sullabortività della pillola estroprogestinica e di altri «contraccettivi», *op. cit.*, 881-883.

[48] Cfr. WHO Task Force On Postovulatory Methods Of Fertility Regulation, Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet* 352 (1998), 428-433.

[49] Cfr. Tremblay, D., Gainer, E., Ulmann, A., The pharmacokinetics of 750 mcg levonorgestrel following administration of one single dose or two doses at 12 or 24 h interval. *Contraception* 64 (2001), 327-331.

[50] Cfr. Harrison-Woolrych, M., Howe, J., Smith, C., Improving

access to emergency contraception. *British Medical Journal* 322 (2001), 186-187.

[51] De todos modos, se puede encontrar un estudio excelente del mecanismo de acción del Plan B con Norlevo en Di Pietro, M.L., Casini, M., Fiori, A., Minacori, R., Romano, L., Bompiani, A., *op. cit.*, 411-455.

[52] Cfr. Shi, Y., Zheng, S., Zhu, Y., He, Ch., Yu, P., Fotherby, K., Pharmacokinetic study of levonorgestrel used as a postcoital agent. *Contraception* 37 (1988), 359-369.

[53] Cfr. Kahlenborn, C., Stanford, J.B., Larimore, W., *op.cit.*, 465-470; sobre el efecto postovulatorio también se puede consultar Pineda, R.L., «Contracepción de emergencia», un mal llamado método contraceptivo. *Cuadernos de Bioética* 45 (2001), 179-193.

[54] Herranz, G., Ética médica y píldora del día después (I). *Diario médico* de 4.4.2001.

[55] Cfr. Kahlenborn, C., Stanford, J.B., Larimore, W., Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Annals of Pharmacotherapy* 36 (2002), 465-470; Di Pietro, M.L., Casini, M., Fiori, A., Minacori, R., Romano, L., Bompiani, A., Norlevo e obiezione di coscienza. *Medicina e Morale* 3 (2003), 435.

[56] Cfr. Di Pietro, M.L., Casini, M., Fiori, A., Minacori, R., Romano, L., Bompiani, A., *op. cit.*, 437-438. En este punto sería necesario definir lo que para el farmacéutico es la vida y la muerte. Si el farmacéutico considera que el embrión es un nuevo ser, cuando contribuye a su expulsión está facilitando su muerte. Lo incorrecto, en ese caso, sería dispensar el abortivo (cfr. Lee, P., Kaatz, B., Beach, R.M., Pharmacists refusal to dispense diethylstilbestrol for contraceptive use. *American Journal of Hospital Pharmacology* 46 (1989), 1414-1415).

[57] Ley 25/1990, de 20.12.1990 (B.O.E. de 22.12.1990), del Estado Español. Esta última afirmación nos da pie para, sin extendernos innecesariamente puesto que no es el objeto de este artículo, tratar el papel del farmacéutico en el área asistencial. Actúa con *plena responsabilidad profesional*, manifestación de la cual es, por poner un ejemplo gráfico, el gravamen penal que conlleva un error en su actuación. Ayuda a entender lo que decimos que, cuando un paciente acude a una oficina de farmacia pidiendo un medicamento que ha sido prescrito con indicación errónea, en el caso de que se den efectos no deseados, en virtud de la Ley del Medicamento la responsabilidad penal corre a cargo tanto del médico prescriptor como del farmacéutico

dispensador, que verifica el acto médico y tuvo que poner en acto su ciencia para detectar el error de prescripción. Una tal responsabilidad no puede entrar en colisión, sino que debe corresponderse con la debida libertad y autonomía en la actuación profesional farmacéutica. Por otro lado, y concomitantemente, esta responsabilidad profesional le lleva a actuar siempre según las *orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico*, esto es, según su criterio profesional, que le habilita para, cuando sea el caso, imponer su criterio cualificado en aquello que entra en su competencia profesional.

Por lo tanto, considerar la dispensación farmacéutica de una forma sesgada como actividad dirigida exclusivamente a la venta del medicamento es una de las más graves deformaciones de la imagen de la farmacia y de la misión del farmacéutico. El farmacéutico no es un mero preparador de fármacos ni un simple dispensador de medicamentos; es un asesor cualificado sobre el uso de medicamentos y verifica el acto médico con objeto de garantizar el acto de la prescripción (Cfr. Rico-Pérez, F., *La responsabilidad civil del farmacéutico*, Trivium, Madrid, 1984, 8; López Guzmán, J., Vidal Casero, M.C., *La responsabilidad moral del farmacéutico en la oficina de farmacia. Cuadernos de Bioética* 14 (1993), 29). La independencia del acto profesional del farmacéutico, junto con la responsabilidad que conlleva, tienen su fundamento en la naturaleza de su profesión, y son tradicionalmente defendidas por los poderes públicos: en las Ordenanzas de Farmacia de 1860; la Instrucción General de Sanidad de 1904; la Ley de Bases de Sanidad de 1944 y la ya mencionada Ley General de Sanidad de 1986. En ellas se resalta el carácter técnico de la dispensación farmacéutica, y se confía al farmacéutico funciones de control efectivo del acto de dispensación como *experto del medicamento*.

[58] Aquí entra en juego la importancia de la *Atención farmacéutica Pharmaceutical care* (cfr. Ruiz-Canela López, M., Nuevos retos profesionales para el farmacéutico: necesidad de una reflexión ética. *Cuadernos de Bioética* 57 (2005), 259-272): el profesional farmacéutico tiene un papel muy importante en la farmacovigilancia y en la educación sanitaria de la población. Deberá informar a la mujer sobre el mecanismo de acción del preparado que quiere tomar y eventualmente sobre la dignidad de la vida humana que puede estar creciendo en su seno, aunque todavía no se haya implantado.

[59] Cfr. Martínez-Pereda Rodríguez, J.M., *La responsabilidad penal del médico y del sanitario*, Colex, Madrid, 1994, 561-586. No está de más señalar otro factor, entre muchos, que se puede poner en la balanza: el farmacéutico de la industria, que se dedica a la investigación, también puede verse involucrado en el proceso de

producción de fármacos o productos con finalidad anticonceptiva de emergencia. Su conciencia percibirá a todas luces como más *próxima* la dedicación completa y directa al desarrollo de un abortivo, que la del que está llevando a cabo una serie de pruebas que se usan para múltiples fines en la industria, y entre otros la producción de abortivos como sería por ejemplo la preparación de materias primas que se usan en reacciones químicas para dar productos diversísimos. A pesar de todo, consideramos que en general tiene más peso ético la cooperación del farmacéutico investigador que la del dispensador que, en el contexto del volumen de su trabajo profesional, la dispensación de estos preparados supone una aportación *ocasional* y bastante reducida, ya que a menudo su dedicación en la línea de producción del fármaco abortivo es completa o al menos más *habitual*, y está directamente dirigida a aumentar su eficacia, la fuerza de su acción farmacológica o las ventajas económicas derivadas de su comercialización. A este hecho se añade que generalmente el investigador cuenta con mayor libertad para desarrollar ese trabajo o cambiar a otro.

Por otro lado, puede ser que el farmacéutico haya asumido la posibilidad de entrar en la cadena de producción de estos productos cuando fue contratado, y que más adelante haya caído en la cuenta de la situación inmoral a la que está cooperando por la dinamicidad natural inherente a la misma conciencia y a la percepción moral de la persona; o que no haya querido tener nada que ver con la producción de tales fármacos cuando fue contratado, pero se encuentra en esta situación por un cambio de línea en la empresa o en su departamento. Este supuesto nos conduciría a la llamada *objección de conciencia sobrevenida*, sobre la que no podemos detenernos ahora; se pueden consultar, entre otros: Basterra Montserrat, D., El Tribunal Constitucional y la objeción de conciencia sobrevenida. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado* 4 (1988), 487-500; Oliver Araujo, J., *Libertad de conciencia y servicio militar*, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona, 1996, *Working papers*, n. 116.

[60] Centenera, J.I., *Circular de 10.2001 a los farmacéuticos colegiados de Guadalajara*, citada en López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *La píldora del día siguiente*, Sekotia, Madrid, 2002, 120-121; cfr. también la Ley 25/1990, de 20.12.1990 (B.O.E. de 22.12.1990, *Ley del Medicamento*), art. 108.2.b.15.

[61] Cfr. Navarro-Valls, R., La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos. En: Guitarte, V., Escrivá, J. (Eds.), *La objeción de conciencia*, *Actas del IV Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado (Valencia 18-30.5.1992)*, Generalitat Valenciana, Valencia, 1993, 109; Serrat Moré, D., Bernad Pérez, L., Las profesiones sanitarias ante la objeción de conciencia. *Cuadernos*

de *Bioética* 30 (1997), 857-858. Se puede ver también González del Valle, J.M., *Derecho eclesiástico español*, Madrid, 1991, 330.

[62] Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, Ediciones Internacionales Universitarias, Eiusa, Barcelona, 1997, 84.

[63] Cfr. *Código Penal*, arts. 415 y 416.

[64] Cfr. el art. 15.1 de la *Constitución Española*: Todos tienen derecho a la vida.

[65] *Código Penal*, art. 28.1.

[66] *Real Decreto 2409/1986*, de 21.11.1986.

[67] No queremos dejar de replicar a la posible objeción de ciertas corrientes culturalistas, que postulan un exagerado sometimiento de la interpretación de cualquier tipo de norma civil a la dinamicidad y mutabilidad de la cultura, de las costumbres o del rumbo ideológico que toma una determinada sociedad en un determinado momento de su historia. Ciertamente en la interpretación de la norma juega un papel importante la personalidad social del momento; pero esto es legítimo y comprensible siempre que en aras de un eventual cambio social no se vacíen de contenido los *derechos fundamentales* de la persona. De tal manera que podemos defender una cierta univocidad en la ley, que versa precisamente en estos derechos inalienables, susceptibles de protección por la mayoría de las constituciones de los diversos Estados del ámbito democrático. Así se refleja en el art. 53.1 de la *Constitución Española*, que garantiza el contenido esencial de los derechos fundamentales, levantando una valla infranqueable a la actividad legislativa de regulación o limitación de los mismos: Los derechos y libertades reconocidos en el Capítulo segundo del presente Título [entre otros, los derechos fundamentales] vinculan a todos los poderes públicos. Sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades, que se tutelarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 161, 1, a). Y, siendo el derecho a la vida desde el primer momento de su existencia el *primer* y más fundamental de los derechos y siendo su contenido esencial claro: la vida misma, es el que se pretende proteger cuando se rechaza cualquier tipo de colaboración al aborto. En la ley española este derecho tiene tres salvedades, que quedan despenalizadas bajo estrictísimas condiciones, y la legalización de las píldoras del día después no hace más que someter la suprema norma constitucional a una interpretación que busca una excepción injustificable.

[68] González Gavari, J.C. [Publicación en línea], *Entrevista*, en

Diario de Navarra, 10.5.2001, [http://www. diariodenavarra.com](http://www.diariodenavarra.com)
[Consulta: 20.5.2005].

[69] Centenera, J.I., *Circular* citada en López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 120.

[70] Afirmaba que el farmacéutico que invoque el derecho constitucional a la libertad ideológica, religiosa y de culto o analógicamente motivos de conciencia para negarse a dispensar un medicamento prescrito por un facultativo con receta, deberá asumir las consecuencias de su negativa puesto que los derechos invocados no tienen carácter absoluto debiendo atemperarse a la Ley que los regula. Las sanciones aplicables dependerán de la vía utilizada por el denunciante para resarcir su perjuicio, pudiendo suponer sanciones de índole administrativa (por incumplimiento de las normas establecidas en la materia) e incluso derivar en responsabilidad civil por los daños y perjuicios ocasionados en el ejercicio de su profesión (Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares, *Informe* alusivo a la objeción de conciencia con motivo de la comercialización de la píldora del día siguiente, citado en López Guzmán, J., Aparisi Miralles, A., *op. cit.*, 122).

[71] Consejo General De Colegios Farmacéuticos De España, *Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica*, Madrid, 2000, art. 33. Este Código está incluido en los *Estatutos de la Profesión Farmacéutica*, pendientes de aprobación por el Ministerio de Sanidad.

[72] *Ibid.*, art. 31.

[73] *Modelo de objeción de conciencia farmacéutica a la píldora del día siguiente* de la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos [Publicación en línea]: http://www.aceb.org/oc/Form_ph.doc [Consulta: 20.5.2005].