

## **PARTE III. ESTUDIO DE LOS CASOS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL FARMACÉUTICO**

### **CAPÍTULO VI. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA AL ABORTO**

#### ***A. INTRODUCCIÓN***

##### ***1. Aborto y objeción de conciencia***

Podemos definir el aborto provocado como “la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de

su existencia, que va de la concepción al nacimiento”<sup>1</sup>. Este concepto empleado por la *Evangelium vitae* representa una cierta evolución respecto al pensamiento tradicional, que lo veía como toda voluntaria “expulsión prematura de un feto no viable, cuando no es posible la supervivencia fuera del seno materno”<sup>2</sup>. La definición clásica no comprendía otros actos dirigidos voluntariamente a la muerte del feto, como la craneotomía, el feticidio, embriotomía, etc., aunque de todos modos se las consideraba gravemente ilícitas<sup>3</sup>. El término *aborto* está desapareciendo, y cediendo paulatinamente el puesto a otra terminología: la *interrupción voluntaria del embarazo*. Se trata de una sustitución nada inocente, que crea una cortina de humo alrededor de la gravedad de la cuestión, escondiéndola. En su centro se pasa a colocar el *embarazo*, que no se considera más que una condición particular de la mujer; así, la atención pasa del niño que va a nacer a la mujer que lo lleva dentro. Por otro lado, *interrupción* se convierte en un término poco dramático: se interrumpe una actividad, para retomarla más tarde; y el carácter homicida de la acción se disuelve detrás de un término pacífico e inocente<sup>4</sup>. Por si fuera poco en el foro científico, para desligar el acto de toda carga moral, se habla de este fenómeno usando solamente sus siglas: *ive*.

Aunque ya hemos hablado en repetidas ocasiones sobre la moralidad del aborto provocado<sup>5</sup>, como un acto siempre y en todas las circunstancias malo, podemos enmarcar la cuestión con Juan Pablo II, que en su Encíclica *Evangelium vitae* expresa claramente la contrariedad de estos actos con la

---

<sup>1</sup> *Evangelium vitae*, n. 58.

<sup>2</sup> MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, Eunsa, Barañáin 2002, p. 120.

<sup>3</sup> Cfr. RODRÍGUEZ LUÑO, A., *La valoración teológico-moral del aborto*, en LUCAS, R. (Ed.), *Comentario Interdisciplinar a la “Evangelium Vitae”*, cit., pp. 419-420.

<sup>4</sup> Cfr. CICCONE, L., *La vita umana*, cit., pp. 102-103.

<sup>5</sup> Cfr., por ejemplo, los apartados D, E y F del Capítulo IV, que tratan de la Encíclica *Humanae vitae*, la *Declaración sobre el aborto provocado* y la instrucción *Donum vitae*, respectivamente.

ley moral, y confirma que la condena del aborto directo, como algo siempre ilícito, forma parte de las verdades infaliblemente enseñadas por el Magisterio ordinario y universal de la iglesia: “con la autoridad conferida por Cristo a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral”<sup>6</sup>.

Avanzando en el que ha venido siendo el desarrollo lógico de este trabajo, diremos que una ley que autoriza u obliga a atentar contra el derecho a la vida, como la que admite el aborto o la eutanasia, es gravemente injusta; tiene sólo una apariencia de ley, ya que está privada de valor jurídico, y nunca es lícito someterse a ella, “ni participar en una campaña de opinión a favor de semejante ley, ni darle su propio voto, ni colaborar en su aplicación”<sup>7</sup>. La persona tiene derecho a resistirse a la adhesión y soporte de una ley gravemente injusta.

La despenalización o legalización del aborto ha hecho que mucha gente se encuentre en una situación nueva: los agentes de la salud y el personal auxiliar, que se ocupan de actividades indudablemente honestas y socialmente necesarias han visto, sin contar con su voluntad pero por la fuerza de la ley, introducirse en su competencia profesional el aborto, a menudo con la consiguiente obligación de cooperar a él. Pero tal como veíamos en el capítulo precedente, la cooperación a este tipo de leyes admite una amplia gradación: la participación al acto abortivo del médico que efectúa la intervención quirúrgica no es la misma que la de la enfermera que le proporciona el instrumental, la del anestesista o el radiólogo que hacen las pruebas previas, la de la camillera de ese hospital o la del farmacéutico que facilita un medio abortivo. Junto a formas de participación evidente y gravemente ilícitas, y en ese sentido no problemáticas, se dan formas de cooperación

---

<sup>6</sup> *Evangelium vitae*, n. 57.

<sup>7</sup> *Declaración sobre el aborto provocado*, n. 22.

cuya valoración moral no es siempre fácil y obvia. Las posibilidades de cooperación del farmacéutico y su valoración moral las estudiaremos en este capítulo.

Siguiendo adelante en el recorrido de nuestra argumentación, ¿cuál dice el Magisterio que puede ser la actitud de las personas que se encuentran más o menos directamente obligadas por este tipo de leyes en su actuación profesional? Piénsese en el personal sanitario que trabaja en estructuras médicas en las que se realizan abortos: el desenlace lógico de lo que hemos ido estudiando es que “ante esas leyes [gravemente ilícitas] se debe presentar y reconocer la «objección de conciencia»”<sup>8</sup>.

Así pues, una forma moderna de manifestar el propio rechazo a prestar la contribución profesional en estos actos ha tomado la denominación en el Derecho y en la Moral de *objección de conciencia*: “el aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Leyes de este tipo no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia”<sup>9</sup>.

Pasando del plano magisterial al legal-constitucional, podemos entender la objeción de conciencia al aborto como la “negativa a ejecutar o cooperar –directa o indirectamente– en la realización de un aborto, negativa motivada por la convicción de que tal actuación constituye una grave infracción de la ley moral, de las normas deontológicas o, en el caso del creyente, de la norma religiosa”<sup>10</sup>. Hemos hablado de que la objeción de conciencia debe

---

<sup>8</sup> *Donum vitae*, parte III.

<sup>9</sup> *Evangelium vitae*, n. 73.

<sup>10</sup> NAVARRO-VALLS, R., *La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho español*, cit., p. 262.

contar con el reconocimiento de la autoridad<sup>11</sup>. De hecho, tal como hemos demostrado en capítulos precedentes, tiene un cierto soporte constitucional, que encuentra su fundamento último en razones más de fondo que las puramente lógico-constitucionales, razones que los ordenamientos jurídicos –las compartan o no– entienden que han de respetar. Estas son la conexión de la objeción de conciencia con la moral natural, la moral deontológica y la moral religiosa<sup>12</sup>.

Sin extendernos innecesariamente, expliquemos esta conexión: siempre se ha tenido en cuenta que en el problema del aborto, el derecho a la existencia de todo ser humano, abstracción hecha del momento en que se plantea, es un derecho fundamental, precisamente porque funda todos los otros derechos en cuanto a su misma posibilidad de ejercicio: “la *cronología* no modifica la *ontología*”<sup>13</sup>. El personal sanitario conoce mejor que nadie la singularidad del patrimonio genético del embrión, la continuidad de su crecimiento somático y su autonomía ontológica respecto a la madre. De ahí que muchos códigos deontológicos establezcan el derecho del personal sanitario a objetar a la realización o cooperación con el aborto. Por lo que se refiere al punto de vista de la moral religiosa, la gran mayoría de las Confesiones (en particular cristianas, hebreas e islámicas) han visto en el aborto, o al menos en alguna de sus formas, un acto de supresión de la vida humana inocente gravemente inmoral, y así lo hacen constar en sus declaraciones.

---

<sup>11</sup> Cfr. *Evangelium vitae*, n. 74. Esto es así porque imponer una obligación general a la participación en un aborto a un sanitario puede verse, en principio, como un atentado a su dignidad personal y al libre desarrollo de su personalidad, por estar comprometidos humana y profesionalmente con la defensa de la vida humana (cfr. *Constitución Española*, art. 10.1).

<sup>12</sup> Cfr. NAVARRO-VALLS, R., *La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho español*, cit., pp. 263-264.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 263.

El soporte legal de la objeción de conciencia sanitaria, y en concreto al aborto, fluctúa mucho en función del Estado en que uno se encuentra. En España, tal como se ha señalado<sup>14</sup>, ante la falta de una ley que la normalice, ha sido regulada por el Ministerio de Sanidad. Éste la ha reconocido expresamente para el médico y la enfermera llamados a participar directamente en el acto abortivo, pero lo niega al resto del estamento sanitario y al personal administrativo del área asistencial. Este hecho se agrava con la aparición del aborto no quirúrgico –farmacológico o mediante dispositivos introducidos en la mujer–, puesto que dificulta el discernimiento de *quién* está cooperando y *en qué modo* al aborto.

Luego para que podamos exigir el reconocimiento de la objeción de conciencia al aborto del farmacéutico, nos debemos preguntar qué tipo de intervención está obligado a desarrollar en él. Y la respuesta es clara: como experto en los medicamentos, el farmacéutico juega un rol en todo el proceso de comercialización de los que pueden producir el aborto, desde la investigación básica en la industria hasta la dispensación en una oficina de farmacia o en un hospital.

## ***2. El aborto, una cuestión más que terminológica***

Hay unas especialidades farmacéuticas que tienen únicamente un 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 atenerse cuando un profesional se plantea recurrir a la objeción de conciencia en esta materia. Pero no siempre se encuentra bien definida la distinción entre el efecto abortivo y anticonceptivo de un determinado principio o

---

<sup>14</sup> Cfr. lo expuesto en el capítulo II.

especialidad<sup>15</sup>, puesto que el *efecto final biológico* es el mismo. Este hecho ha llevado, 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 crímenes como el aborto sin ser totalmente conscientes.

Antes de entrar en materia, vamos a tratar de exponer tales ambigüedades<sup>16</sup>, pues lo consideramos imprescindible para una buena comprensión del problema. La Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985<sup>17</sup>, 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 a la hora de considerar el efecto de los fármacos abortivos o anticonceptivos.

---

<sup>15</sup> Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 97-99.

<sup>16</sup> Cfr. TALAVERA FERNÁNDEZ, P.A., BELLVER CAPELLA, V., *La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital*, cit., pp. 114-117; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, en “*Medicina e Morale*” 5 (1996), pp. 863-864.

<sup>17</sup> Cfr. STC 53/1985, de 11.4.1985 (B.O.E. de 18.5.1985), Fundamento Jurídico 5º.

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 basada en la redefinición del *American College of Obstetricians and Gynecologists*<sup>18</sup>. El consenso científico con el que dice contar 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"<sup>19</sup>. 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 no podría ser tipificado como aborto, y por lo tanto no quedaría considerado por el Derecho como tal delito.

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 terminológicas de peso que nos induzcan a pensar que la fase que va desde la fecundación hasta la nidación del embrión deba ex-

---

<sup>18</sup> Cfr. HUGHES, E.C. (Ed.), *Committee of terminology, American college of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology*, FA Davis Company, Philadelphia 1972.

<sup>19</sup> TALAVERA FERNÁNDEZ, P.A., BELLVER CAPELLA, V., *La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital*, cit., p. 115.

cluirse 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 (tal como decíamos, la *cronología* no modifica la *ontología*).

Por lo tanto, con todos estos parámetros podemos ya definir *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.

¿Qué técnicas *abortivas* podemos encontrar? Podríamos definir las, según el momento en que actúan por razón de su mecanismo de acción, como *interceptivas* o *contragestativas*. Las *interceptivas* son aquellas técnicas abortivas que “interceptan” el embrión, alterando la fisiología del transporte por la trompa de Falopio, o de la implantación en el útero, impidiéndola. Son técnicas *contragestativas* las que provocan el desprendimiento, muerte y eliminación del embrión ya implantado. Estas definiciones son esenciales para comprender la acción de los fármacos que intervienen en estos procesos y la valoración moral de su producción y dispensación por parte del farmacéutico. Y es que considerando el *aborto* con la definición que presenta la OMS, los fármacos *interceptivos* son meramente *anticonceptivos*: de hecho, la mayoría de los mal llamados *contraceptivos de emergencia* actúan de esta manera, o incluso de modo *contragestativo*; a saber, que son verdaderos medios abortivos.

### ***3. Fisiología de las primeras fases de la gestación***

Antes de pasar a ver qué tipos de instrumentos o fármacos actúan como abortivos y por qué mecanismo de acción, y en orden a una buena com-

prensión técnica este apartado, vamos a estudiar brevemente las primeras fases del desarrollo embrionario, para traer a la memoria lo que ocurre al embrión hasta poco después de su implantación en el útero de la madre<sup>20</sup>. Como veremos, es un proceso biológico que da origen a un nuevo ser desde la fusión de los gametos; en su desarrollo juegan un papel muy importante ciertas condiciones fisiológicas y parámetros bioquímicos de la madre y del embrión mismo.

El inicio de un ser humano implica la co-presencia de dos células especializadas llamadas gametos: el óvulo y el espermatozoide. Cada gameto, preparado autónomamente en un proceso que se desarrolla bajo un programa intrínseco a las mismas células, presenta en su última fase de maduración una reducción de los cromosomas de 46 a 23. Tienen de por sí la potencialidad para dar origen a un ser humano pero, para que esto ocurra, es necesaria la fecundación o fertilización del óvulo mediante la penetración de un espermatozoide en él, en la llamada *singamia* –fusión de los dos gametos y sus estructuras cromosómicas, conformando el *pronucleo*–.

Esta fusión, en un plazo de 20 a 26 horas, lleva a la reconstrucción de un aparato genético completo de 46 cromosomas, en una reconstitución que viene en llamarse *estadio de cigoto*.

Tras la formación del cigoto inicia una primera fase de su desarrollo continuo, regulada y sustentada por la utilización de materiales elaborados durante los últimos estadios de la ovogénesis. En este período se da un veloz aumento del número de las células del cigoto, que tiene lugar a través de un proceso de fisión y reduplicación, y termina en el plazo de unos cinco días desde la fecundación, dando lugar al *blastocisto*, que ya cuenta con 16 o

---

<sup>20</sup> Cfr. GUYTON, A.C., HALL, J.E., *Tratado de fisiología médica* (10ª), McGraw-Hill Interamericana, Madrid 2001, pp. 1140-1142; DI PIETRO, M.L., SGRECCIA, E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, en "Medicina e Morale" 1 (1988), pp. 6-8; SERRA, A., *Embrione umano, scienza e medicina*, en "Civiltà Cattolica" 2 (1987), pp. 247-261.

más células. A partir de ahora inicia un control rápidamente creciente del proceso de desarrollo, por parte de la información genética del nuevo ser. Este control determina la unicidad del mismo desarrollo y asegura, en la autonomía del cigoto, la unidad permanente del individuo a través de todas las diferenciaciones de tejidos y órganos.

Ya al quinto día de la fecundación, cuando el embrión ha llegado al estadio de blastocisto, las células más periféricas se diferencian para formar un tejido con la función de favorecer la implantación en la pared del útero y la formación de la placenta y de las membranas ovulares. Al mismo tiempo las células más internas pierden la totipotencia, aumentando rápidamente de número, y diferenciándose en tres hojas histológicamente diversas, que dan origen a una estructura muy organizada de la estría primitiva, que ya es evidente en los días 14 ó 15. Al 6º día desde la concepción, el embrión empieza a implantarse en el endometrio uterino, nidación que se completa hacia el 14º día. Desde el inicio de la implantación el trofoblasto produce hCG (*human Chorionic Gonadotropin*), la hormona que mantiene en actividad el cuerpo lúteo materno, que produce a su vez otra hormona, la *progesterona*, necesaria para mantener la gestación. El mismo cuerpo lúteo había determinado el rápido inicio de producción de progesterona<sup>21</sup>.

Además de producir la hCG, el trofoblasto también empieza a producir progesterona, de tal manera que desde la octava semana de gestación el embrión ya cuenta con una cierta autonomía en su desarrollo, y deja de depender del cuerpo lúteo: se habla del *shift luteo-placentario*<sup>22</sup>. De hecho, según estudios recientes, es el embrión mismo el que dirige su implanta-

---

<sup>21</sup> Cfr. BAIRD, D.T., CAMERON, I.T., *Menstrual induction: surgery versus prostaglandins*, en AAVV, *Abortion: medical progress and social implications*, Pitman, London 1985, pp. 178-191.

<sup>22</sup> Cfr. CAPSO, A.I., PULKKINEN, M.O., *Indispensability of the human corpus luteum in the maintenance of early pregnancy. Luteo-placental shift in progesterone source*, en "Obstetrical and Gynecological Survey" 33 (1978), pp. 69-81.

ción en el útero<sup>23</sup>. Para tal implantación son necesarios tres factores, que jugarán un rol importante en la acción de los fármacos abortivos que vamos a estudiar: la presencia local de *estrógenos* –otras hormonas sexuales–, la producción de metabolitos del *ácido araquidónico* y la producción de *histamina* y otros péptidos.

Por lo que se refiere a los estrógenos, es de notar que tradicionalmente se han identificado como principales productores el cuerpo lúteo y el endometrio, órganos de la madre; pero estudios recientes en otros mamíferos con placenta epiteliocorial como la de la especie humana han puesto en evidencia un aumento local de estrógenos que acompaña el crecimiento del embrión, con lo que se puede hipotizar una producción propia de magnitud significativa. También para la producción de los metabolitos del ácido araquidónico y para la síntesis de péptido activos resulta haber una clara proporcionalidad con el grado de desarrollo embrional. Estos hallazgos refuerzan la idea de que el embrión es un *tú*, distinto del *yo* de la madre, autónomo respecto a ella en su desarrollo, y dependiente de ella en su sustentamiento.

#### ***4. El estatuto del embrión***

Veíamos en epígrafes anteriores cómo se está intentando hacer penetrar de modo velado en la sociedad la idea de que el embrión no es un individuo humano, hasta el punto de declarar lícita no sólo la supresión de su vida, sino la eliminación del concepto mismo de *vida* en él. Para algunos, habría que tener “cierto respeto” hacia ese “conjunto de células envueltas en la zona pelúcida”, pero no se trataría de un ser humano ya que en los primeros días es posible la gemelación, las células son totipotenciales, no se

---

<sup>23</sup> Cfr. THIBAUT, C., LEVASSEUR, M., *L'implantation. Le role de l'embryon*, en “Actualités in gynécologiques” XVII series, Masson, Paris 1986, pp. 121-134.

ha formado la línea primitiva y no se ha completado aún la nidación. Así, el embrión viene llamado *pre-embrión* antes de la implantación, o sea, algo que no es humano pero que podría llegar a serlo<sup>24</sup>. Por lo tanto, se ve necesario redefinir la identidad del embrión humano, a la luz no sólo de los datos biológicos, sino también de los filosóficos-antropológicos, y para el creyente, teológicos<sup>25</sup>. Desde el momento de la fecundación el embrión posee vida humana, merecedora, en virtud de su dignidad, de un respeto incondicional. Pero vamos antes, con los hermanos Vega<sup>26</sup>, a dar un primer paso: demostrar, mediante el estatuto biológico del embrión, su verdadera e indudable condición de hombre.

Los datos embriológicos permiten afirmar que desde la fecundación existe un individuo de la especie humana; son ya parte de la tradición científica algunas de las características fundamentales que justifican esta afirmación:

---

<sup>24</sup> Cfr. SGRECCIA, E., *A proposito del preembrione umano (editoriale)*, en "Medicina" 1 (1986), pp. 5-17.

<sup>25</sup> Cfr. DI PIETRO, M.L., SGRECCIA, E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, cit., pp. 19-23; LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, Sekotia, Madrid 2002, pp. 77-83; VEGA GUTIÉRREZ, M., VEGA GUTIÉRREZ, J., *Estatuto del embrión humano*, en "Bioética y Ciencias de la Salud" 1 (1994), pp. 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)*, 24.7.987, par. 1.5.

<sup>26</sup> VEGA GUTIÉRREZ, M., VEGA GUTIÉRREZ, J., *Estatuto del embrión humano*, cit., pp. 83-86.

1.- *Novedad biológica*: nace algo nuevo al fundirse los núcleos de las células germinales; no se ha dado ni se dará nunca una información genética exactamente igual. Ahí está escrito el color de los ojos, la forma de la nariz, etc. Se trata de un ser biológicamente único e irrepetible, con un patrimonio genético diverso del de sus padres, aunque comparte con cada uno de los cuales el 50% de los cromosomas.

2.- *Unidad*: si se trata de una individualidad biológica, de un todo compuesto de partes organizadas, tiene que haber un centro coordinador: se trata del genoma, que va haciendo que se den las sucesivas fases en esa novedad biológica de forma armónica.

3.- *Continuidad*: 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; todo el desarrollo es cuantitativo y está previsto 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.

4.- *Autonomía*: desde el punto de vista biológico, tal como hemos visto todo el desarrollo sucede desde el principio hasta el final de manera autónoma. La información para dirigir esos procesos viene del embrión mismo, de su genoma: desde las modificaciones que hacen que se pueda implantar hasta los elementos que sintetiza y expresa para mantener su desarrollo en el seno materno. Desde el inicio, es el embrión quien exige de la madre lo que necesita, estableciéndose un *diálogo bioquímico*. "Depende de su madre como un adulto depende del mundo externo, esto es, para la nutrición, el intercambio y la protección"<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> DI PIETRO, M.L., SGRECCIA, E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, cit., p. 20.

5.- *Especificidad*: todo ser vivo pertenece a una especie. El embrión, analizando su cariotipo, vemos que desde el primer momento de su desarrollo pertenece a la especie *homo sapiens sapiens*.

6.- *Historicidad o biografía*: 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<sup>28</sup>–.

Del estatuto biológico podemos pasar al ontológico: el embrión, ¿cómo puede ser humano y no tener la dignidad humana? Y si la dignidad es inherente al ser humano, no es necesario ningún requisito adicional, como un determinado grado de desarrollo, para poder demandar el reconocimiento de la misma. La pertenencia a la especie humana es suficiente para reclamar ontológica y jurídicamente su dignidad.

En segundo lugar, si la dignidad humana remite a la idea de fin en sí mismo, tal como ya hemos comentado en otros apartados, queda clara la

---

<sup>28</sup> 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., “La objeción de conciencia”, *Actas del IV Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado (Valencia 18-30.5.1992)*, cit., p. 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*, cit.

exigencia de rechazar moralmente cualquier intento de instrumentalización de un ser humano –en este caso del embrión–: éste “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”<sup>29</sup>.

Pero es que estamos asistiendo a una patente imprecisión en el uso político y social de términos como la *dignidad humana*. La paradoja “se presenta porque, de una parte, la dignidad aparece como el último y más importante eslabón de un argumento. Señalar que algo es contrario a la dignidad humana se muestra como prueba irrefutable, como apoyo último de un determinado argumento. Sin embargo, por otra, el significado que se atribuye a este concepto es tan ambiguo que, en ocasiones, se convierte en una expresión vacía de contenido”<sup>30</sup>. En palabras de González Pérez, “en nombre de la dignidad se intentan justificar soluciones radicalmente contrarias sobre temas fundamentales tan de nuestros días, como la admisibilidad de ciertas formas de manipulación genética, el aborto, la disponibilidad de órganos humanos, los experimentos médicos con personas y la eutanasia”<sup>31</sup>.

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 crite-

---

<sup>29</sup> LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., p. 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”.

<sup>30</sup> LÓPEZ GUZMÁN, J., *Ética en la industria farmacéutica: entre la economía y la salud*, cit., p. 44.

<sup>31</sup> GONZÁLEZ PÉREZ, J., *La dignidad de la persona*, Civitas, Madrid 1986, pp. 19-20.

rio adicional”<sup>32</sup>. 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 en 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*<sup>33</sup>.

Podemos decir que el único derecho del que realmente es titular *en acto* el embrión es el derecho a la vida: es lo único que posee. De las diversas formas de lesionar este derecho en las que puede participar un farmacéutico es el tema que estamos tratando: el aborto.

Como recurso metodológico, vamos a estudiar en momentos distintos las técnicas *abortivas contraceptivas* e *interceptivas* de la sofisticadamente llamada *anticoncepción o contracepción de emergencia*. Las técnicas contraceptivas no hay duda de que son verdaderos actos abortivos. En cuanto a las interceptivas, a menudo vienen enmarcadas en la *anticoncepción de emergencia o postcoital*. Más adelante demostraremos que también en este caso, más que de anticoncepción se trata, en la gran mayoría de los casos –esclareceremos debidamente en qué supuestos se verifica–, de propios y verdaderos abortos.

---

<sup>32</sup> SPAEMANN, R., *Lo natural y lo racional: Ensayos de antropología*, Rialp, Madrid 1989, p. 50.

<sup>33</sup> Cfr. BALLESTEROS, J., *Sobre el sentido del Derecho*, Tecnos, Madrid 1986, p. 128.

## B. FORMAS HABITUALES DE ABORTO NO QUIRÚRGICO

### 1. Abortivos contragestativos

Habíamos definido las técnicas abortivas *contragestativas* como las que provocan el desprendimiento, muerte y eliminación del embrión ya implantado. Básicamente son la conocida píldora RU486, las prostaglandinas y las vacunas abortivas. Vamos a estudiar su mecanismo de acción farmacológica, aprovechando la descripción que hemos hecho anteriormente de las primeras etapas de la gestación<sup>34</sup>.

#### a) La RU486 o mifepristona

El primer fármaco abortivo directo en el que queremos detenernos es la píldora *RU486*, cuyo nombre farmacológico es *mifepristona*. Vamos a estudiarlo un poco más detenidamente, ya que es la especialidad más utilizada hasta el momento para inducir el aborto farmacológicamente. Fue desarrollada por Baulieu en 1982 y registrada por la *Russel Uclaf* con el número

---

<sup>34</sup> En esta exposición, de carácter más científico-técnico, vamos a basarnos, además de los artículos científicos que iremos citando, en FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIAVILLA, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., Masson, Barcelona 2000, pp. 867-889; LÓPEZ GUZMÁN, J., *El farmacéutico en la elaboración, promoción y dispensación de abortivos*, en "Cuadernos de Bioética" 23 (1995), pp. 292-301; IDEM., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 97-108; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 892-897; SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 476-504; DI PIETRO, M.L., SGRECCIA, E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, cit., pp. 8-15; AAVV, *Tema de estudio. Anticonceptivos y aborto: la píldora RU486*, en "Cuadernos de Bioética" 5 (1991), pp. 27-50.

38486. De ahí que sea conocida con la abreviatura de RU486. Se trata de un compuesto orgánico hormonal sintético, de estructura típicamente esteroi-dal, cuya acción farmacológica es antiprogestágena: se trata de un análogo antagonista que actúa por inhibición competitiva del receptor de la progesterona.

Como es sabido, la progesterona tiene un rol central en el inicio y en el desarrollo de la gestación. Secretada por el cuerpo lúteo después de la ovulación, durante la fase luteínica y en las primeras fases del embarazo, y tras la octava semana de embarazo por el trofoblasto –a partir del *shift luteo-placentario* que hemos explicado anteriormente–, determina la *decidualización* del endometrio (glandulación y preparación para la implantación y gestación); el descenso de la sensibilidad del *miometrio* (el músculo uterino) a factores estimulantes de la contracción (llamados *oxitócicos* como las *prostaglandinas* o la *oxitocina*), y el cierre del cuello uterino, así como el efecto de *feed-back negativo* (o retroinhibición) sobre el sistema hipotalámico-hipofisario, inhibiendo la liberación de *LH* (*hormona luteínica*, que lleva adelante el ciclo menstrual normal). En resumen, prepara el aparato reproductor femenino para el embarazo que está empezando a sostener.

Ha habido diversos intentos de bloquear la actividad de la progesterona, interviniendo en particular a tres niveles: (1) con la interrupción de la síntesis de progesterona, lo cual tenía el efecto colateral negativo de que interfería también con la síntesis de corticosteroides, esenciales en otras funciones del sistema endocrino; (2) con la neutralización de la progesterona circulante en plasma, aunque con poco efecto ya que la progesterona actúa en gran medida a nivel local; (3) con el bloqueo de los receptores para la progesterona en los órganos *target* o *diana* –aquellos en los que actúa la hormona natural–. Y este último es el mecanismo de acción de la RU486: ejerce principalmente, tal como veíamos, una inhibición competitiva del efecto progestágeno, ocupando el lugar de unión de la progesterona en sus receptores.

Efectivamente, así como los complejos receptoriales de los esteroides reconocen y activan elementos específicos de respuesta hormonal localizados

sobre el DNA, sobre todo a nivel de las regiones promotoras de genes o en las proximidades de éstas<sup>35</sup>, también la RU486 penetra a través de la membrana de las células diana (lugar donde actúa la hormona natural) y alcanza su receptor, uniéndose a él sobre todo, si no exclusivamente, en el núcleo, de modo débil. De este modo la RU486 interrumpe la actividad de los receptores de la progesterona, interrupción que es siempre reversible, a no ser que se altere la dinámica de las células diana: en tal caso el efecto anti-progestágeno será permanente<sup>36</sup>.

Las estructuras tisulares involucradas por la actividad de la RU486 son el endometrio uterino, el cuello del útero y el miometrio. La acción sobre el endometrio uterino está dirigida en particular sobre los capilares que lo irrigan: como consecuencia, en la zona se observa edema, necrosis y daño capilar, aun con niveles de progesterona todavía elevados. El daño endometrial se manifiesta con el desencadenamiento de una menstruación forzada o desprendimiento del endometrio, hipermenorrea o sangrado uterino profuso y, lógicamente, pérdida del blastocisto o embrión: por eso se ob-

---

<sup>35</sup> Cfr. GREEN, S., CHAMBON, P., *Nuclear receptors enhance our understanding of transcription regulation*, en "Trends in Genetics" 4 (1988), pp. 309-314. Esta frase merece una explicación: muchas hormonas esteroidales del sistema endocrino actúan promoviendo la expresión de proteínas que regulan alguna función del cuerpo. Esto lo hacen actuando sobre unos receptores proteicos situados en el DNA de las células diana o cerca de él, de manera que la unión del esteroide con el receptor-promotor hace que éste estimule la producción de las proteínas que en cada momento hacen falta. En el caso de la progesterona, las proteínas cuya expresión estimula tienen la función de interrumpir el ciclo menstrual y proteger la gestación.

<sup>36</sup> Sobre este argumento se puede consultar también BAULIEU, E.E., *Contraception by antiprogesterin: a new approach to human fertility control*, en AAVV, *Abortion: medical progress and social implications*, cit., pp. 192-210; PEYRON, R., AUBENY, E., TARGOSZ, V., *Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandine misoprostol*, en "The New England Journal of Medicine" 328 (1993), pp. 1509-1513.

serva también la reducción de los niveles de hCG y la consiguiente luteolisis, con descenso en los niveles de progesterona. De las células endometriales en descomposición se liberan las prostaglandinas (Pg), y en particular la  $PgF2\alpha$ , que aumenta entre las 12 y 24 horas desde la administración de RU486 en las mujeres embarazadas. Estas prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas del miometrio y causan la dilatación y el relajamiento del cuello del útero, provocando la rápida expulsión de su contenido.

El primer estudio sobre la acción abortiva de la RU486 se llevó a cabo en el 1982, sobre 11 mujeres que se encontraban entre la sexta y la octava semana de gestación, a las cuales fue administrada una dosis de 200 mg de mifepristona al día, durante 4 días: ocho de ellas abortaron entre el tercer y el quinto día del "tratamiento"; dos tuvieron que someterse a histerosucción; y con la última se tuvo que realizar una "revisión" (intervención quirúrgica) de la cavidad uterina<sup>37</sup>.

Estudios sucesivos<sup>38</sup> con un muestreo de cien mujeres han usado 600 mg de mifepristona en dosis única, seguida por una administración de uno de los dos análogos de las prostaglandinas a las 36-48 horas, el *gemeprost* (1 mg por vía vaginal) o el *sulprostone* (0,5 mg por vía intramuscular). En esta ocasión se verificaron: 96 abortos, 1 continuación de la gestación, 2 abortos "incompletos" seguidos por histerosucción y 1 aborto "incompleto" seguido por una intervención en la cavidad uterina.

---

<sup>37</sup> Informe realizado por BAIRD, D.T., *Antigestogens*, en "British Medical Bulletin" 49 (1993), pp. 73-87.

<sup>38</sup> Cfr. SILVESTRE, L., BUBOIS, C., RENAULT, M., *Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU486) and a prostaglandin analogue*, en "The New England Journal of Medicine" 322 (1990), pp. 645-648.

En la práctica actual, efectivamente se administra este último protocolo de dosis única de 600 mg de mifepristona<sup>39</sup>, a la que sigue la administración de prostaglandinas entre 36 y 48 horas más tarde para completar la actividad abortiva de la RU486<sup>40</sup>.

El efecto abortivo de la RU486 se verifica con mayor frecuencia en las primeras fases de la gestación, cuando los niveles de progesterona aún son bajos. A los 49 días de la concepción, la placenta ya produce tal cantidad de progesterona que no puede ser antagonizada por la RU486.

La acción abortiva de la RU486 también se utiliza en etapas anteriores de la gestación, como la fase luteínica precoz: en tal caso se verifica la inhibición, por el mismo mecanismo de acción, del desarrollo endometrial que exige el embarazo, la reducción de la producción de LH, con la consiguiente luteolisis, y la imposibilidad para el embrión de implantarse en la pared del útero –así, se podría tipificar también como *abortivo interceptivo*, y de hecho se usa algunas veces como método postcoital, tal como explicaremos más adelante–. Por otro lado, últimamente también se está intentando llevar a cabo una acción *anticonceptiva* de la mifepristona, mediante una inhibición de la ovulación: se debe cambiar la dosificación (200-600 mg en monodosis o repetida durante algunos días), y tener en cuenta el período

---

<sup>39</sup> Cfr. ULMANN, A., *Uses of RU486 for contragestion: an update*, en "Contraception" 36 (1987), pp. 27-31.

<sup>40</sup> Cfr. BYGDEMAN, M., SWAHN, M., *Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy*, en "Contraception" 32 (1985), pp. 45-51; BAIRD, D.T., RODGER, M., CAMERON, I.T., *Prostaglandins and the interruption of the early pregnancy*, en "Journal of Reproduction and Fertility" 36 (1988) (supl.), pp. 173-179.

del ciclo menstrual en el que se administra el tratamiento (debe ser durante la fase folicular)<sup>41</sup>.

A pesar de que la píldora abortiva “ahorra” a la mujer que quiere abortar el trauma de una intervención quirúrgica –con la carga de conciencia de sentir cómo destruyen a su propio hijo–, conlleva una serie de molestias, que vale la pena reseñar<sup>42</sup>: el efecto se obtiene poco a poco, en varios días, y la mujer –que para no ser consciente de lo que hacía pedía anestesia total cuando abortaba por medios quirúrgicos, no siendo técnicamente necesario–, se da perfecta cuenta de lo que está ocurriendo en su seno. Por otro lado, vemos importante señalar que tras ingerir el fármaco en el hospital o ambulatorio, se ve obligada a volver al hospital en el plazo de dos días para la evacuación del embrión muerto. Algunas mujeres comienzan a abortar en casa durante este intervalo, y la mayoría comienzan la hemorragia también en casa, por acción de las prostaglandinas. Debido a todo esto, la hipermenorrea que puede ocasionar y el dolor que lleva asociado el proceso abortivo, en España se considera un medicamento de uso hospitalario, en aras de una adecuada monitorización de la mujer que se somete al “tratamiento”.

Si bien es cierto que puede ser usada para otras indicaciones, como la inducción de la menstruación en ciclos irregulares o la evacuación del útero del feto muerto por aborto espontáneo o la inducción del parto –aunque en este último todavía se desconoce la repercusión que puede tener sobre el niño<sup>43</sup>, esta diversidad de indicaciones no ocasiona un conflicto para el

---

<sup>41</sup> Cfr. SHOUBE, D., MISHALL, D.R., PAGE, M.A., *Effects of the antiprogesterone RU486 in normal follicular phase*, en “American Journal of Obstetrics and Gynecology” 157 (1987), pp. 1421-1426.

<sup>42</sup> Cfr. SCARISBRICK, N., *RU486. El punto de vista de una mujer*, en “Cuadernos de Bioética” 5 (1991), pp. 33-34.

<sup>43</sup> Cfr. FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIAVILLA, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., cit., p. 879.

farmacéutico que debe dispensarla en el hospital: las prescripciones hospitalarias que llegan al servicio de farmacia suelen llevar la indicación para la que se quiere el tratamiento, en orden a la verificación de la indicación por parte del farmacéutico, con lo que este profesional siempre será capaz de discernir el fin que se le quiere dar y actuar en consecuencia.

### *b) Las prostaglandinas*

Las prostaglandinas se usan con finalidad abortiva sólo en el período de tiempo que se comprende entre la fecundación y la quinta semana de gestación, no antes de que se verifique el *shift luteo-placentario*<sup>44</sup>, aunque –tal como hemos dicho explicando la RU486–, también se usan como abortivos en fases más tardías del embarazo –como coadyuvantes del efecto de la mifepristona, provocando la contracción uterina que llevará a la expulsión del embrión ya muerto–.

No se conoce exactamente con qué mecanismo de acción estas sustancias –las más conocidas son la PgE2 (*dinoprostona*) y la PgF2 $\alpha$  (*misoprostol*)– determinan el efecto abortivo; se cree que se le puede imputar un efecto luteolítico directo, con la consiguiente reducción de la producción precoz de progesterona, y el aborto del embrión ya implantado en el útero<sup>45</sup>. A modo aclaratorio, recordaremos que el *shift luteo-placentario* determinaba el paso de la producción de la mayor parte de la progesterona del cuerpo lúteo al embrión, con lo cual, si este fármaco actúa sólo sobre el cuerpo lúteo, para conseguir el efecto abortivo se tiene que administrar antes del *shift*.

---

<sup>44</sup> Cfr. HORTON, E.W., POYSER, N.L., *Uterine luteolytic hormone: a physiological role for prostaglandine F2*, en "Physiology Review" 56 (1979), pp. 913-919.

<sup>45</sup> Cfr. SEVERYN, K.M., *Abortifacient drugs and devices: medical and moral dilemmas*, en "Linacre Quarterly" 8 (1990), pp. 50-67.

En asociación con ellas se administra también *epostano*, un antiprogestágeno que inhibe de modo competitivo la *3-β-hidroxisteroide-deshidrogenasa*, enzima que transforma la pregnenolona en progesterona en el sistema endocrino<sup>46</sup>, para reforzar el efecto.

Por utilizarse habitualmente como coadyuvantes de la RU486 en el aborto farmacológico, suelen usarse en medio hospitalario. Por lo tanto, la petición facultativa llegará siempre con la indicación de elección, por lo que el farmacéutico podrá discernir si la expulsión del feto que se pretende responde a un previo aborto espontáneo o provocado.

### c) *Las vacunas anti-hCG y anti-TBA*

Estas dos son las vacunas más usadas con finalidad abortiva directa.

1. El principio base de la *vacuna anti-hCG* es el de impedir el desarrollo de la gestación induciendo en la mujer un estado de auto-inmunidad humoral y celular contra la *hCG* (*gonadotropina coriónica humana*), hormona que, tal como ya ha sido dicho, señala la presencia del embrión al sistema endocrino materno<sup>47</sup>. La *hCG*, secretada por el trofoblasto del blastocisto o embrión, estimula en condiciones normales el cuerpo lúteo del ovario materno para que produzca precozmente la progesterona, que hace que se inhiba la atrofia luteínica –proceso fisiológico que determina la prosecución normal del ciclo menstrual–, previniendo así la pérdida menstrual y el consiguiente aborto del embrión. El concreto mecanismo de acción de la vacuna se basa en la analogía estructural orgánica entre la hormona natural y la

---

<sup>46</sup> Cfr. PATTISON, N.S., WEBSTER, M.A., PHIPPS, S.L., *Inhibition of 3-beta-hydroxysteroid dehydrogenase (3beta-HSD) activity in first and second-trimester human pregnancy and the luteal phase using Epostane*, en "Fertility and Sterility" 42 (1984), pp. 875-881.

<sup>47</sup> Cfr. AITKEN, R.J., PATERSON, M., THILLAI KOOTHAN, P., *Contraceptive vaccines*, en "British Medical Bulletin" 49 (1993), pp. 88-99.

sintética, que hace que la respuesta inmunológica que genera el esteroide de la vacuna ataque a la hCG natural, inactivándola. Esto hace que aun en situación de gestación siga adelante el ciclo menstrual y se expulse el embrión en la siguiente menstruación.

Así, mediante la inhibición de la acción de la hCG y la consiguiente caída de los niveles de progesterona, quedan comprometidas las posibilidades de nidación y desarrollo del embrión: en efecto, el cuerpo lúteo tiende a una regresión que lleva a la menstruación, con eliminación del embrión. El mecanismo de acción de la vacuna anti-hCG es tanto *interceptivo* como *contragestativo*, lo cual es una sutileza que tiene cierta relevancia a la hora de establecer el reconocimiento legal de la objeción de conciencia, tal como veremos, en razón de la controversia terminológica en torno a conceptos como *embarazo*, *embrión* o *aborto-anticoncepción*.

Por el hecho de que, en las mujeres en las que se ha administrado la vacuna, no hay alteraciones ni en el ciclo menstrual ni en el ciclo ovulatorio, se cree que el aborto puede tener lugar en los primeros días después de la fecundación, cuando el embrión, habiendo iniciado ya su implantación, no ha podido concluirse.

2. La *vacuna anti-TBA (antígeno trofoblástico)* es un producto de acción abortiva puesto a punto bajo petición de la OMS<sup>48</sup>; actúa como anticuerpo contra el *trofoectodermo* (una estructura externa del trofoblasto del embrión en una de sus fases de desarrollo), y en concreto contra su proteína de superficie, que desarrolla la función de antígeno en esta reacción. La experimentación, llevada hasta ahora sólo sobre cultivos celulares y sobre animales, involucrará –según la intención de los investigadores– primero embriones humanos fecundados *in vitro*, y cuando se confirme su “eficacia”, mujeres embarazadas.

---

<sup>48</sup> Cfr. ROBERGE, L.F., *Abortifacient vaccine technology: overview, hazards and christian response*, en “Linacre Quarterly” 8 (1995), pp. 67-75.

Su mecanismo de acción se basa en la reacción antígeno-anticuerpo entre el trofoblasto y la vacuna. El anticuerpo bloquea el trofoblasto, que no logrará secretar hCG y sigue adelante el ciclo menstrual de la mujer, con los mismos efectos que la vacuna anti-hCG.

## 2. *Abortivos interceptivos*

Definíamos como *interceptivas* aquellas técnicas abortivas que *interceptan* el embrión, alterando la fisiología del transporte por la trompa de Falopio o de la implantación en el útero: en cualquier caso, impidiendo esta nidación<sup>49</sup>. Su administración puede ser sistemática (diaria, mensual o anual) o inmediatamente sucesiva a una relación que se presume fecundante (la *contracepción de emergencia*, que estudiaremos más adelante). Se administran o insertan de modo sistemático preparados a base de progestágenos o estro-progestágenos (la llamada *minipíldora*, los preparados subcutáneos, las inyecciones de depósito), o la *espiral* o *DIU* (*dispositivo intra-uterino*). Los preparados que vamos a presentar en parte también podrían actuar como anovulatorios, pero en un porcentaje tan bajo que hace que el que los usa asume que en condiciones normales actúan como abortivos interceptivos.

### a) *La “minipíldora”*

Es un preparado hormonal que contiene únicamente progesterona, en dosis baja –de ahí el nombre–. Se experimentó por primera vez en Lati-

---

<sup>49</sup> Cfr. FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIAVILLA, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., cit., pp. 867-889; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri “contraccettivi”*, cit., pp. 881-890; LÓPEZ GUZMÁN, J., *El farmacéutico en la elaboración, promoción y dispensación de abortivos*, cit., pp. 292-301; IDEM., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 97-108; DI PIETRO, M.L., SGRECCIA, E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, cit., pp. 8-15.

noamérica, en 1965. Se administra con posología diaria, incluso durante el flujo menstrual. Se vende como *anticonceptivo*, pero su mecanismo de acción, aunque está todavía poco claro, nos lleva a observar una serie de datos que nos inducen a pensar que en un porcentaje mayoritario de casos actúa como un verdadero abortivo de efecto antiimplantatorio<sup>50</sup>:

Por un lado, se observa un alto porcentaje de ovulaciones, que a veces se corresponde con una concomitante disminución de la fase luteínica. Por otro lado, en un número representativamente grande de mujeres el moco cervical era normalmente permeable a la subida de los espermatozoides<sup>51</sup>. En cambio, en otras experimentaciones se ha visto que, mientras que el cuerpo lúteo era normalmente activo, el endometrio era irregular o directamente abortivo en más del 70% de los casos. Por lo tanto, aunque a partir de varios datos empíricos se ve que el cuerpo lúteo y el endometrio reaccionan de modo diverso a las bajas dosis de progestágenos administrados en pauta diaria estable, en cualquier caso se observa que a menudo uno de los dos pierde las condiciones para llevar a cabo una gestación regular: en el mejor de los casos evitan la ovulación en el 50% de los ciclos, siempre que se respete escrupulosamente la posología –cosa que no suele suceder: hay olvidos, desidia...–, con lo que podemos afirmar que actúa como abortiva en un número bastante elevado de casos. Refuerza esta observación el hecho de que la ingestión de la *minipíldora* aumenta en cinco veces el riesgo de embarazos ectópicos que acaban en abortos espontáneos o provocados, por lo que se demuestra no sólo que ha habido ovulación, sino que también ha habido fecundación<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Cfr. DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 881-883.

<sup>51</sup> Se decía que la impermeabilidad del moco cervical al ascenso de los espermatozoides podía ser uno de los mecanismos de acción de la *minipíldora*.

<sup>52</sup> Cfr. GRAHAM, S., *The progesteron-only minipill*, en "Contraception" 26 (1982), pp. 373-398.

Y es que, efectivamente, la acción principal de la píldora progestágena –a tenor de los datos de la viabilidad del endometrio que hemos presentado anteriormente– se efectúa a nivel del endometrio uterino. En estudios realizados sobre animales, se ha demostrado que la implantación del embrión se hace imposible en el 84% de los casos.

### *b) Los progestágenos “depot”*

El grupo de los progestágenos y estro-progestágenos de acción prolongada comprende las preparaciones inyectables, los anillos vaginales, los implantes subcutáneos y el DIU con microdepósitos de progesterona<sup>53</sup> –en este último nos centraremos en el apartado c)–.

1. Las *preparaciones inyectables* son suspensiones a base de progestágenos que se administran actualmente cada tres meses, o incluso cada año –aunque éstas están en fase de experimentación clínica y no se usan tanto–, y liberan lentamente el progestágeno desde la sede de inyección, generalmente subcutánea o intramuscular.

2. Los *implantes subcutáneos* se componen de cápsulas de teflón o silicona, con microcristales de un progestágeno o de un estrógeno más un progestágeno de liberación lenta. Los sistemas de liberación pueden ser no biodegradables (como el *Silastic* y el *Norplant 1* y *2*, de caucho siliconato) o biodegradables (por ejemplo el *Capronor*); se diferencian también por el modo con que el esteroide se libera –por difusión, erosión o ambos–. Las hormonas sintéticas actúan sistémicamente, pues se van incorporando a la circulación sanguínea a medida que las cápsulas que las contienen se reabsorben por los procesos normales del organismo, con una tasa de liberación constante, a diferencia de lo que ocurre con los inyectables en depósito, en

---

<sup>53</sup> Cfr. NEWTON, J., *Long acting methods of contraception*, en “British Medical Bulletin” 49 (1993), pp. 40-61.

los que la liberación del progestágeno es elevada al inicio, y con el tiempo va disminuyendo. El más difundido es el *Norplant*, que consta de 6 cápsulas de silicona con un total de 36 mg de *levonorgestrel*. Esta hormona se va liberando durante el tiempo de hasta 5 años.

3. Los *anillos vaginales*, que se diferencian entre sí por la forma y dimensiones, normalmente tienen un diámetro de entre 50 y 55 mm, son flexibles y se insertan transversalmente en la parte alta de la vagina, donde liberan un estrógeno y un progestágeno, hormonas absorbidas localmente, pero que son capaces de ejercer también una acción sistémica.

En cuanto a los progestágenos más usados, podemos hablar del *levonorgestrel*, el *acetato de medroxiprogesterona* y el *enantato de noretisterona*, cuya acción es escasamente anovulatoria –para tal efecto haría falta una dosis constante de progestágeno habitualmente superior a los 0,5-1 mg–, siendo su efecto primario la alteración del muco cervical y de la estructura del endometrio uterino<sup>54</sup>.

Pero ¿cuál es su mecanismo de acción, para que podamos llamarlos abortivos? La progesterona, tal como veíamos, actúa principalmente inhibiendo el eje hipotalámico-hipofisario-ovárico, en la mujer gestante, para bloquear el ciclo menstrual y asegurar un curso regular del embarazo. Es conocido, por otro lado, que los progestágenos no logran bloquear totalmente la actividad de tal eje, con lo que la ovulación está presente en más del 50% de las mujeres a las que se administran estos preparados<sup>55</sup>. Además, tal efecto anovulatorio se reduce con el tiempo, desde el momento de la administración o de la implantación del progestágeno, tal como se ha

---

<sup>54</sup> Cfr. LOBO, R.A., STANCZYK, F.Z., *New knowledge in the physiology of hormonal contraception*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 170 (1994), pp. 1499-1507.

<sup>55</sup> Cfr. BILIAN, X.O., XUELING, Z., DEUDEN, F., *Pharmacokinetic and pharmacodynamic studies of vaginal rings releasing low dose levonorgestrel*, en "Contraception" 32 (1985), pp. 445-471.

demostrado tras el estudio conducido sobre mujeres a las que se había implantado el famoso *Norplant*: se ha evidenciado, efectivamente, que mientras que en el primer año hasta el 80% de los ciclos podía ser anovulatorio, en los sucesivos tal inhibición decrece hasta el quinto año, en el que más del 50% de los ciclos son ovulatorios<sup>56</sup>. Por tanto el efecto pretendidamente anticonceptivo es abortivo.

El aborto se presenta por un efecto en el endometrio, que se altera por la acción de los progestágenos en la mayoría de los casos<sup>57</sup>, favoreciendo la imposibilidad de nidación del embrión. Y entre los efectos farmacológicos algunos defienden que impermeabilizan el moco cervical a los espermatozoides. Pero esta teoría ha sido rechazada por varios estudios<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Cfr. ALVAREZ, F., BRACHE, V., TEJADA, A.S., FAUNDES, A., *Abnormal endocrine profile among women with confirmed or presumed ovulation during long term Norplant use*, en "Contraception" 33 (1986), p. 111.

<sup>57</sup> A este respecto, Landgren et al. han evidenciado, en mujeres portadoras de anillos vaginales con emisión de 20 µg/día de levonorgestrel, un endometrio alterado en 14 mujeres sobre 20, con la asociación, desde el punto de vista clínico, de presencia de pérdidas hemáticas intracíclicas (cfr. LANDGREN, B.M., JOHANNISSON, E., MASIRONI, B., *Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with vaginal devices releasing levonorgestrel at a constant, near zero-order rate*, en "Contraception" 26 (1982), pp. 567-585).

<sup>58</sup> Cfr. CROXATTO, H.B., DIAZ, S., SALVATIERRA, A.M., *Treatment with Norplant subdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro*, en "Contraception" 36 (1987), pp. 193-201; BRACHE, V., FAUNDES, A., JOHANSSON, E., *Anovulation, inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implants*, en "Contraception" 31 (1985), pp. 261-272, citados en DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., p. 885.

### c) *La espiral o DIU*

Es un medio mecánico que tiene la consideración legal de los implantes clínicos, terapéuticos o de corrección. En su registro, autorización, venta, control e inspección, así como a las empresas de fabricación e importación, les serán aplicadas las normas del Real Decreto 908/1978 de 14.4.1978 y las específicas de la Orden Ministerial de 21.10.1976, sobre elaboración, registro y control de material estéril, en la que se establece que estos procesos se efectuarán en las oficinas de farmacia y en aquellos establecimientos especializados de material y útiles médico-sanitarios, los cuales estarán sometidos a la correspondiente vigilancia e inspección.

El *DIU* (*dispositivo intrauterino*) es un instrumento de plástico o de otro material que se inserta, a través del cuello del útero, en la cavidad uterina. Los distintos tipos de espiral que están comercializados se diferencian por la forma y por los materiales que las constituyen: hay espirales solamente de plástico y con formas varias (en "T", en "L", etc.), u otras en las cuales alrededor del cuerpo de plástico hay enroscada una espiral –de ahí el nombre– de cobre, plata u otro metal. Las espirales con forma de "T", además, están dotadas, en el brazo corto, de microdepósitos que contienen un progestágeno que se va liberando lentamente en la cavidad uterina, a modo análogo a como lo hacen los anillos vaginales. El progestágeno de liberación controlada, así como el metal, tienen la función de potenciar la acción del dispositivo de plástico<sup>59</sup>.

Para establecer con exactitud el mecanismo de acción del DIU, se han llevado a cabo distintos estudios. En 1982, un grupo de investigadores australianos ha demostrado que como mínimo en el 25% de las mujeres que llevan el dispositivo se da un incremento del *EPF* (*early pregnancy factor*), un

---

<sup>59</sup> Sobre el tema se puede consultar LIPPES, J., *Contraception with intrauterine plastic loops*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 93 (1965), pp. 1024-1030.

polipéptido con acción inmunosupresora que se encuentra en circulación ya 24 horas después de la fecundación, e indica la presencia del embrión vital<sup>60</sup>: este factor proteico testifica el embarazo ya iniciado, aun en ausencia del hCG –puesto que la gestación se ha interrumpido antes de la implantación, y es entonces cuando empieza a manifestarse la hCG–. Por lo tanto, podemos deducir que el efecto abortivo del DIU es interceptivo o antiimplantatorio.

Este efecto abortivo se verifica con la instauración de una típica reacción de cuerpo extraño consiguiente la presencia de la espiral en el útero de la mujer<sup>61</sup>. Esta reacción produce inflamación tisular en la zona de contacto del endometrio con la espiral, que determina la liberación de productos tóxicos para el embrión por parte de los glóbulos blancos y de las células endometriales, de tal manera que imposibilitan su implantación. Entre estos productos se liberan las prostaglandinas, que tal como ya hemos señalado aumentan la contractibilidad de las paredes musculares del útero (el miometrio), obstaculizando la implantación –y, según dicen, la previa ascensión normal de los espermatozoides–. El filamento metálico potencia la reacción inflamatoria, y por lo tanto incrementa la acción abortiva de la espiral, modificando al mismo tiempo la estructura del moco cervical, de tal manera que lo haría impenetrable para los espermatozoides. Si el DIU cuenta con depósitos de progestágenos, a la reacción inflamatoria se asocia una asincronía en el desarrollo del endometrio, con aparición de marcada atrofia glandular y de una reacción decidual superficial, mientras que los

---

<sup>60</sup> Cfr. SMART, C.Y., *Early pregnancy factor as a monitor for fertilization in women wearing intrauterine device*, en "Fertility and Sterility" 37 (1982), pp. 201-204. La cifra porcentual es altamente representativa, ya que proviene del total de las mujeres experimentadas, no sólo de aquéllas que se encontraban en una fase del ciclo supuestamente fecundante.

<sup>61</sup> Cfr. MOYER, D.L., MESCHELL, D.R. Jr., *Reactions of human endometrium to the intrauterine foreign body, II. Long Term effects on the endometrial histology and cytology*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 111 (1971), pp. 66-80.

estratos profundos del útero prosiguen con normalidad las fases del ciclo menstrual<sup>62</sup>; la atrofia endometrial superficial tiene un efecto antiimplantatorio.

Como confirmación del mecanismo de acción propuesto para el DIU podemos mencionar la mayor incidencia de embarazos ectópicos respecto a las mujeres que no lo usan: el embrión eventualmente concebido no logra alcanzar la cavidad uterina, por obstáculo mecánico o por alteración funcional de la trompa –en su epitelio o en su motilidad–, y se implanta en la misma trompa de Falopio<sup>63</sup>.

Por lo que se refiere al potencial mecanismo de acción del impedimento de la ascensión de los espermatozoides, se ha demostrado que en el 100% de las mujeres portadoras de espiral había presencia de espermatozoides sea en la cavidad uterina que en el lavado tubárico<sup>64</sup>, con lo cual no encuentran obstáculos reales en su ascensión hasta el lugar de la fecundación. Así que no tenemos problemas en afirmar que se trata de un verdadero dispositivo abortivo. Este dato viene a confirmar el porcentaje de mujeres que usan el DIU y tras una relación sexual potencialmente fecundante expresaban el EPF (*early pregnancy factor*).

---

<sup>62</sup> Cfr. OSTER, G.K., *Chemical reactions of the cooper intrauterine device*, en "Fertility and Sterility", 23 (1972), pp. 18-23.

<sup>63</sup> Cfr. SENANAYAKE, P., KRAMER, D.G., *Contraception and the etiology of pelvic inflammatory diseases: New perspectives*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 138 (1980), pp. 852-860.

<sup>64</sup> MALKANI, P.K., SUJAN, S., *Sperm migration in the female reproductive tract in the presence of intrauterine device*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 88 (1964), pp. 963-964.

## C. "ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA": LAS "PÍLDORAS DEL DÍA SIGUIENTE"

### 1. "Status quaestionis"

Varios países han aprobado el uso de la "píldora del día siguiente" o "píldora postcoital" en los últimos años, y en algunos de ellos se está ejercitando una gran presión para obligar a los farmacéuticos a dispensar este fármaco<sup>65</sup>. En concreto, la Agencia Española del Medicamento, dependiente del Ministerio de Sanidad, dio la autorización a su comercialización en marzo de 2001. Casi de inmediato, los gobiernos de dos comunidades autónomas, Andalucía y Madrid, decidieron asegurar que la "píldora del día siguiente" fuera dispensada gratuitamente en los servicios sanitarios públicos: la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía emitió un Decreto<sup>66</sup>, por el que se regulaban las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución, norma que en su disposición final primera autorizaba a la Consejería de Salud 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

---

<sup>65</sup> Se puede consultar, por ejemplo, el caso norteamericano en TANNE, J.H., *Emergency contraception is under attack by US pharmacists*, en "British Medical Journal" 330 (2005), p. 983; CANTOR, J., BAUM, K., *The Limits of Conscientious Objection. May Pharmacists refuse to fill prescriptions for emergency contraception?*, cit., pp. 2008-2012.

<sup>66</sup> Decreto 104/2001 de la Consejería de Salud, de 30.4.2001 (B.O.J.A. del 31.5.2001).

Consejería de Salud aprobó en una Orden del 1.6.2001<sup>67</sup> la actualización del contenido de dicho anexo, incluyendo en el mismo sólo el principio activo *levonorgestrel* 0,750 mg (como el conocido *Norlevo*, un *anticonceptivo postcoital*), y los preservativos –decisión verdaderamente insólita, ya que ese anexo no se modificaba desde hacía 40 años, y estaba desfasado y obsoleto en casi todas las áreas terapéuticas–.

Fue muy controvertida la decisión de la Consejería de proporcionar *Norlevo* gratuitamente a las usuarias que así lo solicitaran en los Hospitales y Centros de Salud –como las farmacias– de Andalucía: algunos farmacéuticos declararon que no facilitarían la especialidad, por razones de conciencia, y presentaron recurso a la Orden, en el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Aunque dejó en suspensión cautelar la Orden, de tal manera que los farmacéuticos que quisieran dispensar la “píldora del día siguiente” pudieran hacerlo libremente, mientras que los que no quisieran pudiesen negarse, sin embargo desestimó el recurso por considerar que el farmacéutico recurrente no era titular de oficina de farmacia en el momento de formalizar el recurso. Finalmente, tras un ulterior recurso, el Tribunal Supremo ha dictado la sentencia que viene a resolver de manera cuasi definitiva el recurso planteado. La sentencia, si bien confirma la dictada por el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, al estimar la falta de legitimación del farmacéutico recurrente, entra a valorar las cuestiones de fondo planteadas, y concretamente la lesión de los artículos 15 (derecho a la vida) y 16.1 de la Constitución (objección de conciencia como ejercicio de la libertad religiosa e ideológica).

De tal manera que, si bien la reciente sentencia del Tribunal Supremo descarta que la norma impugnada sea infractora del artículo 15 de la CE, 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 de este derecho no sólo para

---

<sup>67</sup> Orden de la Consejería de Salud, de 1.6.2001 (B.O.J.A. del 2.6.2001).

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<sup>68</sup>.

Y es que, entrando en materia, caemos en la cuenta de lo conflictivo del tema cuando vemos 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"<sup>69</sup>. 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"<sup>70</sup>. Notemos que más que evitar el embarazo, lo interrumpen en el más que probable 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,

---

<sup>68</sup> "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).

<sup>69</sup> RAMÍREZ, A., SÁNCHEZ, R., VIDAL, X.A., *Intercepción postcoital*, en BUIL, C., *Manual de anticoncepción hormonal oral*, Sociedad española de Contracepción 2005, <http://www.sec.es/publicaciones/aho/Cap10.htm>.

<sup>70</sup> LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., p. 25.

sea mediante *intercepción* –se trata de la mayoría de los casos– que mediante *contragestación*. De todos modos, por unificar la nomenclatura, independientemente de si actúan como anticonceptivos o abortivos, vamos a llamarlos *anticonceptivos* o *contraceptivos postcoitales* o *de emergencia*, y así, aunque no estamos de acuerdo con ella, usaremos la terminología más comúnmente usada. Para evitar equívocos, ya definiremos claramente cuál es el mecanismo de acción en cada caso.

Cuando la mujer sabe con seguridad que está embarazada y quiere deshacerse del niño, recurrirá directamente al aborto quirúrgico o al farmacológico, mediante 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 postcoital como la “píldora del día siguiente”<sup>71</sup>. Hasta la aprobación de la comercialización del *levonorgestrel* 750 µg en España, se venía utilizando una forma más o menos solapada de *contracepción postcoital*, puesto que los médicos recetaban unas dosis elevadas de determinadas especialidades farmacéuticas hormonales de las utilizadas habitualmente como anticonceptivas, para lograr la eliminación del embrión en una etapa temprana.

## ***2. 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.

---

<sup>71</sup> A partir de ahora nos referiremos a ella con este nombre o simplemente como la *PDS* o las *PDS*.

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 relegados a la combinación entre estrógenos y progestágenos, o a las altas dosis de progestágenos<sup>72</sup>.

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<sup>73</sup>.

Vamos a presentar a continuación, algunos de los preparados y mecanismos que se utilizan más frecuentemente en la *anticoncepción postcoital*<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> Cfr. HASPELS, A.A., *Emergency contraception: a review*, en "Contraception" 50 (1994), pp. 101-108.

<sup>73</sup> Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 32-33.

<sup>74</sup> Para desarrollar este epígrafe, a parte de los distintos artículos científicos que hablan sobre aspectos puntuales, hemos estudiado la siguiente bibliografía básica: FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIÁVILLA, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., cit., pp. 867-889; LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 31-56; DI PIETRO, M.L., CASINI, M., FIORI, A., MINACORI, R., ROMANO, L., BOMPIANI, A., *Norlevo e obiezione di coscienza*, cit., pp. 411-455; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *La contraccezione d'emergenza*, en "Medicina e Morale" 1 (2001), pp. 11-39; TALAVERA FERNÁNDEZ, P.A., BELLVER CAPELLA, V., *La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoi-*

### *a) Estrógenos a altas dosis*

No está comercializado un producto específico para la *anticoncepción de emergencia* a base de estrógenos. El fármaco más usado 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<sup>75</sup>. 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<sup>76</sup>. El hecho de que se produzcan nidaciones ectópicas, asimismo, no hace más que confirmar el efecto abortivo (de modo predominantemente interceptivo) del tra-

---

tal, cit., pp. 111-133; AAVV, *Sulla cosiddetta "contraccezione d'emergenza"*, en "Medicina e Morale" 3 (1997), pp. 582-589.

<sup>75</sup> Cfr. HASPELS, A.A., *Interception: Post-coital Estrogens in 3016 Women*, en "Contraception" 14 (1976), pp. 375-381.

<sup>76</sup> Cfr. SMITH, A.R., *Ectopic pregnancy after post-coital diethylstilboestrol*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 121 (1975), pp. 284-285.

tamiento postcoital a base de estrógenos a altas dosis. Ya hemos dicho antes que es un método que tiende a ser cada vez menos usado.

### *b) Mifepristona*

Este fármaco ya ha sido ampliamente descrito, en el epígrafe que hemos dedicado al aborto farmacológico. Sin embargo, recientemente la mifepristona también está siendo empleada como método de intercepción postcoital<sup>77</sup>. El medicamento comercializado en algunos países de Europa para este fin se llama *Myfegine*, y contiene altas dosis de RU486. 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 precozmente 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<sup>78</sup>; 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 teratogenia –malformaciones en el niño–<sup>79</sup>.

### *c) Danazol*

Es un derivado sintético de la *etisterona*. Posee una moderada actividad androgénica, y carece de función estrogénica y progestágena. Actúa a nivel

---

<sup>77</sup> Cfr. HASPELS, A.A., *Emergency contraception: a review*, cit.

<sup>78</sup> Cfr. MARIONS, L., GEMZELL, K., SWAHN, M., BYGDEMAN, M., *Contraceptive efficacy of low doses of mifepristone*, en "Fertility and Sterility" 70 (1998), pp. 813-816.

<sup>79</sup> Cfr. FLÓREZ, J., ARMIJO, J.A., MEDIAVILLA, A., *Farmacología humana*, 3ª ed., cit., p. 879.

de hipotálamo-hipófisis, donde inhibe el incremento de la *FSH* (*follicle stimulating hormone*) y *LH* (*luteinic hormone*) durante el ciclo menstrual<sup>80</sup>, 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 en el útero. Esta última actividad se da en el 95-97% de los casos<sup>81</sup>. 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.

---

<sup>80</sup> Cfr. *Ibid.*, p. 883.

<sup>81</sup> Cfr. DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., p. 891.

**d) 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<sup>82</sup>, 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), porque los explicaremos en el capítulo siguiente, pero nos vemos con 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<sup>83</sup>. A finales de los años 60 ya se percibieron los efectos secundarios cardiovasculares que producían las altas dosis de estrógenos contenidos en la píldora anticon-

---

<sup>82</sup> Cfr. YUZPE, A.A., TURLow, J.J., RAMZY, I., *Post-coital contraception. A pilot study*, en "Journal of Reproductive Medicine" 13 (1974), pp. 53-58.

<sup>83</sup> Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 39-46; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 871-880.

ceptiva. 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 no-presencia del 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<sup>84</sup>. Y vieron que podía ser útil su utilización una vez se había producido la ovulación y se podía dar una fecundación, como mecanismo postcoital, constituyendo el *método de Yuzpe*.

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, pero incluso a mayores dosis. Entre ellos destaca el riesgo de 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<sup>85</sup>. Está asimismo suficientemente comprobado que favorecen la trombosis. 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

---

<sup>84</sup> El progestágeno, tal como ya hemos dicho, inhibe la liberación de LH, evitando la ovulación y haciendo que el moco cervical sea menos impermeable a los espermatozoides. El estrógeno, por su parte, inhibe la liberación de FSH y suprime el desarrollo folicular. Se ha sugerido que estos procesos no se complementan, debido a la baja dosis hormonal utilizada en las especialidades que los combinan.

<sup>85</sup> Sobre el riesgo del efecto colateral carcinógeno 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*, en "Obstetrics and Gynecology" 85 (1995), pp. 793-799.

(2,5 veces mayor en las 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*<sup>86</sup>, lo cual movió a la Agencia Española del Medicamento a desaconsejarlos cautelarmente a las mujeres de riesgo, el 28.9.2001<sup>87</sup>. 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 embolias<sup>88</sup>.

Centrándonos en el *método de Yuzpe* 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 cuanto 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<sup>89</sup>: se basó simplemente en las pruebas de eficacia y

---

<sup>86</sup> Cfr. KEMMEREN, J.M., ALGRA, A., GROBBEE, D.E., *Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis*, en “British Medical Journal” 323 (2001), pp. 131-134.

<sup>87</sup> SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS de la Agencia Española del Medicamento (Ministerio de Sanidad), *Comunicación ref. 2001/10*, de 28.9.2001.

<sup>88</sup> Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., p. 55.

<sup>89</sup> Cfr. DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *La contraccezione d'emergenza*, en “Medicina e Morale” 1 (2001), p. 14.

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 µg 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 son atendidas las mujeres que consideran que han tenido una relación sexual con posibilidad de fecundación. Aunque 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 c)–.

El mecanismo de acción de la combinación estrógeno-progestágeno para uso postcoital resume muy bien el mecanismo de acción general de la *anti-concepción de emergencia*: la exposición breve pero concentrada de hormonas interrumpe los patrones hormonales normales de la gestación por los siguientes mecanismos<sup>90</sup>:

---

<sup>90</sup> Cfr., entre otros, GLASIER, A., *Emergency postcoital contraception*, en “The New England Journal of Medicine” 337 (1997), pp. 1058-1064; DI PIETRO, M.L., CASINI, M., FIORI, A., MINACORI, R., ROMANO, L., BOMPIANI, A., *Norlevo e obiezione di coscienza*, cit., pp. 411-432; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *La contraccezione d'emergenza*, en “Medicina e Morale” 1 (2001), pp. 24-32.

1. Modifica el endometrio con el consiguiente efecto antiimplantatorio<sup>91</sup>: aparte de los cambios morfológicos, se ha observado que se altera la expresión de algunas integrinas –proteínas superficiales de adhesión– vitales para la unión del blastocisto con la pared uterina, haciéndolas inviables y provocando la incapacidad de nidación.

2. Inhibe o retrasa la ovulación, con efecto anticonceptivo<sup>92</sup>. 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.

3. Provoca 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.

4. Algunos autores hablan de que podría 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 después de la relación sexual, y los espermatozoides llegan a la trompa de Falopio en más o menos 5 minutos. Sobre su acción sobre la motilidad del espermatozoide mismo, para interferir en su fisiología harían falta dosis tan altas de progestágenos que no es viable como mecanismo de acción.

5. La alteración de la motilidad tubárica, en cambio, 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

---

<sup>91</sup> 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*, en "Contraception" 39 (1989), pp. 275-283.

<sup>92</sup> Cfr. *Ibid.*, pp. 283-289.

embarazos ectópicos. Puesto que efectivamente se verifica un aumento de éstos en mujeres que la han tomado, podemos pensar que también actúa como antiimplantatoria por este mecanismo<sup>93</sup>.

Aunque de todas estas posibilidades, la hipótesis que parece más cierta es la del asincronismo del endometrio, que lo convierte en hostil para la nidación<sup>94</sup>. 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<sup>95</sup>. Con lo que podemos ya afirmar que la "píldora del día siguiente" suele actuar impidiendo la nidación<sup>96</sup>. De hecho, con el *método de Yuzpe* la proporción de inhibición de la ovulación está próxima sólo al 25% de los casos, y disminuye en el uso de progestágenos solos.

En cuanto a los efectos secundarios de los *anticonceptivos* postcoitales, podemos añadir a los señalados anteriormente para los contraceptivos la posibilidad de una gestación ectópica, puesto que las píldoras del día siguiente no evitan un eventual embarazo en las trompas o abdomen. A este

---

<sup>93</sup> Cfr. MORRIS, J.M., VAN WAGENEN, G., *Interception: the use of postovulatory estrogens to prevent implantation*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 115 (1973), pp. 101-106.

<sup>94</sup> 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*, en "Fertility and Sterility" 39 (1983), pp. 292-297.

<sup>95</sup> Cfr. BOARD, J.A., *Endometrial carbonic anhydrase after diethylstilboestrol as a post coital antifertility agent*, en "Obstetrics and Gynaecology" 36 (1970), pp. 347-349.

<sup>96</sup> Cfr. TASKIN, O., *High doses of oral contraceptives do not alter endometrial  $\alpha 1$  and  $\alpha 3$  integrins in the late implantation window*, en "Fertility and Sterility" 61 (1991), pp. 850-855.

riesgo se agregan las náuseas (50% de las mujeres que la toman), vómitos (20%) y menstruaciones irregulares (en el 30% la adelantan y en el 20% la retrasan). Aunque menos frecuentes, se han descrito cefaleas, metrorragia, dismenorrea, sensibilidad en los senos, mareos y retención de líquidos<sup>97</sup>. 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.

#### *e) 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 sólo *levonorgestrel*. Cuando comentábamos la *minipíldora* –que no está comercializada en España–, decíamos que contiene el mismo principio activo, pero en dosis muy bajas (0,03 mg). Se recomienda como método anticonceptivo a mujeres que no pueden tomar la píldora combinada por sus efectos secundarios. 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%.

Tras estos resultados la OMS promovió un estudio que demostró que la administración de 0,75 mg de levonorgestrel para la intercepción postcoital es tan eficaz como la asociación de un estro-progestágeno o un estrógeno solo, y tiene menos efectos secundarios. Uno de sus mecanismos de acción

---

<sup>97</sup> Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 54-56.

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%<sup>98</sup>. En cuanto a la posología, se tiene que 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 hasta 24 horas, ya que se ha demostrado que hasta ese período el levonorgestrel está presente en plasma<sup>99</sup>.

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 µg, 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 µg del fármaco. En este país se requiere receta médica para adquirirlo, y el farmacéutico, de momento, tiene derecho a rechazar su dispensación. En Gran Bretaña, en cambio, se comercializó el *Levonelle 2*, y a partir del año 2000 se puede vender incluso sin prescripción<sup>100</sup>.

---

<sup>98</sup> 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*, en “The Lancet” 352 (1998), pp. 428-433.

<sup>99</sup> Cfr. TREMBLAY, D., GAINER, E., ULMANN, A., *The pharmacokinetics of 750 µg levonorgestrel following administration of one single dose or two doses at 12 or 24 h interval*, en “Contraception” 64 (2001), pp. 327-331.

<sup>100</sup> HARRISON-WOOLRYCH, M., HOWE, J., SMITH, C., *Improving access to emergency contraception*, en “British Medical Journal” 322 (2001), pp. 186-187.

El mecanismo de acción de estos preparados ya lo hemos explicado brevemente al final del apartado precedente<sup>101</sup>. La Agencia Española del Medicamento reconoció –con patente falta de rigor científico y académico– que no está muy claro el mecanismo de acción de las tres especialidades de levonorgestrel que aprobó para uso comercial, aunque afirmaban que en cualquier caso evitaban la ovulación si la relación sexual ha tenido lugar en la fase preovulatoria. Por otra parte, reconocían que también pueden producir cambios endometriales que dificulten la implantación del embrión, cuando hemos demostrado que es ésta la acción principal: Shi et al.<sup>102</sup> demostraron cómo, 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, independientemente del momento del ciclo en el que fueron utilizados<sup>103</sup>.

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

---

<sup>101</sup> 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., *Norlevo e obiezione di coscienza*, cit., pp. 411-455.

<sup>102</sup> Cfr. SHI, Y., ZHENG, S., ZHU, Y., HE, CH., YU, P., FOTHERBY, K., *Pharmacokinetic study of levonorgestrel used as a postcoital agent*, en “Contraception” 37 (1988), pp. 359-369.

<sup>103</sup> Cfr. KAHLENBORN, C., STANFORD, J.B., LARIMORE, W., *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception*, en “Annals of Pharmacotherapy” 36 (2002), pp. 465-470; sobre el efecto postovulatorio también se puede consultar PINEDA, R.L., “Contracepción de emergencia”, un mal llamado método contraceptivo, en “Cuadernos de Bioética” 45 (2001), pp. 179-193.

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<sup>104</sup>. 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 esa etapa se produce la menstruación.

De momento el farmacéutico español no tiene la obligación de tener las “píldoras del día siguiente” en su establecimiento sanitario, pero podría llegar el día en que le fuera impuesto. La ley que lo estableciera se habría basado 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–; y por si esto fuera poco, habría aprobado estas medicaciones sin contar con suficiente respaldo científico sobre el verdadero mecanismo de acción de estos fármacos, su farmacocinética y farmacodinámica, y sin dar la suficiente relevancia a los efectos secundarios que pueden producir.

---

<sup>104</sup> HERRANZ, G., *Ética médica y píldora del día después (I)*, en “Diario médico” de 4.4.2001.

## ***D. VALORACIÓN MORAL: ABORTO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA***

### ***1. Abortivos directos***

Durante todo el cuerpo de nuestro trabajo hemos estado hablando de la maldad intrínseca de crímenes contra la vida humana como la participación en la ejecución de un aborto. Esta premisa –imprescindible para llevar adelante la valoración moral de la cooperación del farmacéutico en el aborto– cuenta con incontables pronunciamientos, tanto a nivel magisterial<sup>105</sup> como a nivel jurídico<sup>106</sup>: es una consecuencia directa de la consideración del embrión como un ser humano, tal como hemos demostrado cuando estudiábamos su estatuto ontológico-biológico-jurídico.

En efecto, en materia de objeción de conciencia sanitaria también ha quedado clara la protección constitucional de este fenómeno en los diversos Estados del ámbito democrático: en general reconocen sin problemas la objeción de conciencia del personal sanitario que está llamado a participar directamente 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, etc. 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.

---

<sup>105</sup> Cfr. el capítulo IV de este trabajo.

<sup>106</sup> Cfr. el capítulo II del presente estudio.

Pero aquí queremos dar un paso más: ¿qué tipo de colaboración está llamado a realizar un farmacéutico? Dentro de su papel en el área de la salud, a veces se le exige que entre en relación con el acto abortivo. 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 *mediatamente* –de modo *no inmediato*–, no puede gozar de tal derecho; otros, que siendo *necesaria* su colaboración a tal acto, debe serle reconocido.

El farmacéutico, en cuestión de aborto directo, sólo se ve involucrado en el ámbito de la producción industrial y en el medio hospitalario: tal como se ha demostrado, se trata de fármacos con una acción muy agresiva, que a menudo necesitan una intervención quirúrgica asociada, y cuentan con efectos colaterales no deseados bastante importantes. También se estableció que fueran de uso hospitalario para poder llevar un buen control de la situación de los abortos en el Estado –verificar que se llevan a cabo dentro de los supuestos despenalizados, controlar las reacciones adversas, etc.–. Por lo tanto, o se restringe su administración al ámbito hospitalario –como es el caso de los abortivos hormonales que hemos visto–, o bien requieren una operación sencilla, aunque sea en ámbito ambulatorio –como el DIU u otros implantes–. En cualquier caso, en una oficina de farmacia no hay la obligación de dispensar productos con la indicación de abortivos directos. El farmacéutico de hospital, en cambio, se puede encontrar con la obligación de dispensarlos, siempre que le llegue una orden médica con esta indicación. El farmacéutico de la industria también puede verse involuntariamente implicado en un plan de investigación o producción relacionado con estos productos. Entonces, ¿qué hacer?

Podemos estudiar estas formas de colaboración al acto abortivo a la luz de la doctrina moral sobre la cooperación al mal. Tal como veíamos en el capítulo dedicado a esta materia, podemos entender que el farmacéutico que investiga en materia de abortivos trabaja en la puesta a punto de un recurso que va a ser usado con certeza o con alta probabilidad –según que el fármaco tenga exclusivamente un uso abortivo o admita también otros usos– en una acción gravemente inmoral. Lo mismo cabe decir del farma-

céutico que dispensa un fármaco abortivo en sede hospitalaria. Atendiendo a las circunstancias concretas, y en orden a una valoración ética, habrá que tener en cuenta el grado de certeza del uso abortivo, y el grado de inmediatez y el de proximidad entre la acción del farmacéutico y este uso.

### *a) Dispensación e investigación en fármacos abortivos*

¿Qué tipo de cooperación representa la dispensación de un fármaco abortivo directo<sup>107</sup>? Ciertamente, podría tratarse de una cooperación *formal*, siempre que el farmacéutico dispensara el preparado compartiendo la intención abortiva del que la pide. Pero la podemos considerar también *material*, porque se asume que el farmacéutico que se plantea un conflicto de conciencia por el hecho de tener que dispensar hospitalaria o ambulatoriamente un preparado con única finalidad abortiva, es porque experimenta rechazo hacia esa acción que le viene requerida, y no hay una adhesión de su voluntad al acto abortivo, haga lo que haga luego. Es *mediata* 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 aborto (la mujer que va a tomar la especialidad farmacéutica). Es decir, el farmacéutico no participa en la acción abortiva misma, que en este caso consiste en la ingestión del fármaco en la dosis idónea para provocar el aborto. De todos modos, es una cooperación *próxima*, ya que ese

---

<sup>107</sup> Asumiendo que se prescribe como tal, esto es, con finalidad única abortiva. Tal como hemos dicho en el apartado B.1.a. de este mismo capítulo, por ejemplo, los abortivos pueden usarse para indicaciones no abortivas directas (como la *RU486* o las *prostaglandinas* para la expulsión del producto muerto de un aborto espontáneo). En cualquier caso, la prescripción que llega a la farmacia del hospital lleva siempre aneja su indicación, de tal manera que el farmacéutico puede ver para qué va a ser usado. Por lo tanto, si fuera prescrito con finalidad lícita, tal como decíamos, no puede haber problema con su dispensación.

fármaco o dispositivo en principio va a ser usado para producir abortos, 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 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<sup>108</sup>. Sin su concurso, el acto abortivo por vía farmacológica no tendría lugar: es un concurso *necesario*, aunque no suficiente. Esto nos permite establecer la proximidad a las consecuencias –no queridas, pero toleradas– como realmente elevada.

Para entender la cuestión, podemos comentar que en el ámbito de una oficina de farmacia, también se pueden comprar fármacos hormonales que en principio no tienen finalidad abortiva, pero para ser usados como tales –por ejemplo, la ingestión de dosis masivas de hormonas reguladoras del ciclo menstrual femenino con finalidad abortiva–. 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 un fin ilícito. Esta cooperación se diferenciaría de la anteriormente comentada por ser más remota. Aunque también sería de solución más sencilla, puesto que por motivos meramente profesionales o científicos no estaría obligado a dispensar un producto que no tiene como indicación el aborto –que además debe ser practicado en medio hospitalario, entre otras cosas–. En cualquier caso, si concurren dudas razonables sobre el fin para el que se va a emplear

---

<sup>108</sup> Cfr. cap. II.E.1.

el medicamento, el farmacéutico debe negarse a dispensar. En caso contrario, puede incurrir en responsabilidades civiles e incluso penales<sup>109</sup>.

El farmacéutico de industria, que se dedica a la investigación, también puede verse involucrado en el proceso de producción de fármacos o productos con finalidad abortiva. Por un lado hay que distinguir entre aquéllos que tienen una sola indicación (el ejemplo más representativo es el DIU), y los que tienen varias. La colaboración del farmacéutico que contra su voluntad debe colaborar en el desarrollo de productos con única finalidad abortiva es también material, mediata y próxima. La del que investiga con productos que pueden tener más de una indicación es más remota<sup>110</sup>. También es más próxima la dedicación 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 es más grave la cooperación del farmacéutico investigador al aborto, ya que a menudo su dedicación en la línea de producción del fármaco abortivo es completa, 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.

---

<sup>109</sup> Cfr. MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M., *La responsabilidad penal del médico y del sanitario*, Colex, Madrid 1994, pp. 561-586.

<sup>110</sup> Aunque hemos de aclarar que también depende de la certeza del farmacéutico acerca del uso que se le vaya a dar, a juzgar, por ejemplo, de la campaña de lanzamiento al mercado que se esté promoviendo en la empresa: muchos fármacos tienen diversas indicaciones potenciales, pero se promueven y lanzan al mercado sólo para algunas de ellas.

Por otro lado, puede ser que el farmacéutico haya asumido la posibilidad de entrar en la cadena de producción de abortivos cuando fue contratado, y que más adelante haya caído en la cuenta de la situación inmoral a la que está cooperando; 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. ¿Qué debe hacer?

### ***b) Moralidad de la cooperación al aborto***

Vamos a estudiar primero la moralidad de la cooperación al acto abortivo.

Ya hemos dicho que, por la gravedad de la injusticia que supone tal acción, nunca es lícita la cooperación material inmediata o directa al acto abortivo (por ejemplo, el trabajo de los que están en el quirófano, la autorización médica para proceder a la acción abortiva, administrar la anestesia, etc.): “el grande y fundamental bien de la vida convierte tal obligación [a la objeción de conciencia] en un deber moral grave para el personal de la salud, inducido por la ley a practicar el aborto o a cooperar de manera próxima en la acción abortiva *directa*”<sup>111</sup>.

Pero hemos visto que no era ésta la situación del farmacéutico, cuya cooperación es *mediata* o *indirecta*, aunque unívocamente dirigida al acto abortivo. Aun así, hay que tener en cuenta que la acción a la que se coopera con el suministro o la producción de un fármaco abortivo es gravemente injusta: “el aborto químico es tan inmoral como el quirúrgico”<sup>112</sup>. Y tal como dice

---

<sup>111</sup> *Carta de los Agentes de la Salud*, n. 143.

<sup>112</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, COMISIÓN PERMANENTE, Declaración *El aborto con píldora también es un crimen*, 17.6.1998, en “*Ecclesia*” 2899 (1998), pp. 958-959.

Juan Pablo II, los farmacéuticos son conscientes de que “pueden ser solicitados para fines no terapéuticos, susceptibles de contradecir las leyes de la naturaleza, causando daño a la dignidad de la persona. Queda, pues, claro, que la distribución de las medicinas –así como su producción y uso– debe estar regida por un código moral riguroso, observado con atención”<sup>113</sup>. El rol del farmacéutico le hace percibir que su conexión con el acto abortivo no es indiferente, y se da cuenta de que “no se puede aceptar tomar parte en los atentados contra la vida o la integridad del individuo, contra la procreación, o la salud moral y mental de la humanidad”<sup>114</sup>. Con lo cual hay que poner todos los medios lícitos a nuestro alcance para no llevar a cabo tal acción. Entre ellos, tal como hemos ido viendo a lo largo del cuerpo de este trabajo, está la objeción de conciencia.

Por lo tanto, no dudamos en afirmar que también las formas de cooperación material no inmediatamente conectadas con la acción abortiva, en principio son gravemente ilícitas –no olvidemos que se trata de prestar la propia colaboración, aunque mediata, a un acto gravísimamente injusto–, y “también sobre ellas el sujeto *puede* expresar su rechazo, cuando tenga conciencia de que su prestación, aunque no sea mala en sí misma, será aprovechada para un uso ilícito, a no ser que subsistan motivos proporcionados que impongan la prestación o la aconsejen”<sup>115</sup>. De tal manera que “sólo en casos *muy excepcionales* podría ser lícita una cooperación material *mediata* o *indirecta*. Podría darse en países donde la ley civil permite el aborto y no reconoce el derecho a la objeción de conciencia o, reconociéndolo teóricamente, en la práctica se siguen graves perjuicios si se niega la cooperación. La gravedad del aborto exige, sin embargo, que en tales casos los perjuicios

---

<sup>113</sup> JUAN PABLO II, *Alla Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici*, 3.11.90, cit., n. 3. La traducción es nuestra.

<sup>114</sup> PIO XII, *Discorso ai farmacisti cattolici*, 2.9.50, cit., pp. 177-178. La traducción es nuestra.

<sup>115</sup> SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., p. 485.

de no cooperar sean muy graves y que no sea posible o resulte muy difícil encontrar después una solución”<sup>116</sup>.

Refuerza este argumento la Conferencia Episcopal Española, cuando afirma, por un lado, que el católico que se halle en la situación de colaborar *inmediatamente* en un aborto (el médico, el anestesista o la enfermera) “tiene la obligación grave de ampararse en el derecho a la objeción de conciencia, aunque esta actitud pueda acarrearle represalias”<sup>117</sup>. En cuanto al resto de personas que trabajan en un hospital donde se practican habitualmente abortos, “deben poner todos los medios lícitos a su alcance para que se dejen de practicar abortos. En cualquier caso, han de negar su colaboración *directa* a esas acciones”<sup>118</sup>. Luego podemos constatar que cualquier tipo de colaboración de este tipo a un crimen como el aborto está en general considerada como gravemente inmoral, y no se puede llevar a cabo.

Esto es así porque se trata de una cooperación *mediata*, pero muy *próxima* y *necesariamente encaminada* al acto abortivo. Por lo que en principio, tal como habíamos dicho, *nunca* es lícito someterse a leyes injustas como las que admiten el aborto<sup>119</sup>. Así lo expresa con firmeza el Magisterio de la Iglesia: “el hombre no puede jamás obedecer una ley intrínsecamente inmoral, y éste es el caso de una ley que admitiese, en línea de principio, la licitud del aborto”<sup>120</sup>. En esas circunstancias, debe esgrimirse la objeción de conciencia, negándose a su cumplimiento. Es esta actitud la de quien –incluso heroicamente– pone *todos los medios proporcionales* a su alcance para no tener que

---

<sup>116</sup> MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., pp. 134-135.

<sup>117</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *El aborto, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Palabra, Madrid 1991, n. 90.

<sup>118</sup> *Ibid.*, n. 91.

<sup>119</sup> Cfr. *Evangelium vitae*, n. 73.

<sup>120</sup> *Declaración sobre el aborto provocado*, n. 22.

realizar una acción que sólo llevará a cabo si tiene una grave necesidad. Pero, ¿qué hacer cuando en un Estado no se reconoce el derecho a la objeción de conciencia del farmacéutico? O dispensa ese medicamento (porque la ley se lo obliga), o puede cargar con gravísimas penas legales, administrativas o económicas, con un gravamen quizás insoportable –por la pérdida del empleo sin posibilidad de encontrar otro, por ejemplo–, en su persona, en la de los que dependen de él y en la sociedad –por la negación de la posibilidad de influir en una mejora de la situación en un ámbito social importante–. La cooperación material mediata, tal como veíamos, puede ser lícita en algunos casos. Veámoslo con más calma.

Estas situaciones llaman en causa a los requisitos de licitud de la cooperación al mal, que comentábamos en el capítulo precedente. Entre ellos hablábamos de:

a) Que la acción en sí misma sea buena. La dispensación de un medio que casi con toda seguridad será usado como abortivo no siempre es una acción mala en sí misma, si es por motivos gravísimos, que veremos más adelante. El hecho de vender un medicamento o trabajar en su desarrollo para salvar el trabajo, o dar de comer a los seres próximos, o en orden a ir efectuando un paulatino reordenamiento moral y/o jurídico en ese sector de la sociedad desde dentro, hacen de esa acción un acto muy distinto del de la persona que utiliza el fármaco. La actividad general del farmacéutico es buena, y la libertad o iniciativa que puede desarrollar en la acción concreta de dispensar un fármaco abortivo es más bien poca. Ante la petición de un médico –que en el plano de la *decisión terapéutica* desgraciadamente sigue estando por encima del farmacéutico–, para la ley esa dispensación es una acción debida, siempre que esté situada en el marco de *legalidad* de los supuestos de despenalización: podemos pues considerarla una acción bastante instrumental.

b) Que el fin del sujeto sea bueno: no debe llevar a cabo la acción de venderlo o de producirlo con intención abortista.

c) Que no se alcance el fin bueno a través del malo: el fin malo no tiene por qué ser querido como medio para alcanzar el bueno, y de hecho el acto

abortivo que hará la mujer en su casa, en un hospital o ambulatorio poco le reporta al farmacéutico que ha participado en su proceso de comercialización o que lo ha dispensado. Ayuda también a entender este punto de vista la consideración de que el efecto bueno se puede cumplir totalmente en ausencia del malo –por ejemplo, la expendición o venta de abortivos constituiría sólo un requisito para evitar la gran injusticia de ser despedido, pero no el medio por el que se sustenta el farmacéutico–, lo cual parece indicar que el efecto que se busca inmediatamente es efectivamente el bueno, y no necesariamente a través del malo. Asimismo, no sería sostenible una situación de vivir exclusivamente de la producción o dispensación de estos preparados.

d) Y que realmente haya grave necesidad de llevarlo a cabo. Ésta se debe traducir en:

1. Razones proporcionalmente graves para llevar a cabo una acción de cooperación mediata al aborto, como por ejemplo que de no colaborar se siga la pérdida del empleo o el traslado en él, con *grave* daño o injusticia anejos. En principio, tal como hemos visto en el capítulo dedicado al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia, el objetor cuenta con el favor de la ley. Pero en la práctica puede suceder que tampoco jurídicamente se le admita tal derecho, por reconocérsele sólo a los que participan directamente o inmediatamente, considerando la del farmacéutico una participación sólo *indirecta* o *mediata* –a menudo no amparada por la ley–. Otras veces sucede también que legalmente no se consideran los medios *interceptivos* como abortivos sino como anticonceptivos. Por lo tanto, el hecho de objetar puede llevarle a situaciones de gra-

ve peligro administrativo, económico o social que hacen justificable su cooperación<sup>121</sup>.

Deberá ser mayor la gravedad de los motivos que hagan lícita la cooperación cuanto más próxima sea ésta. En otras palabras, cuando se trate de desarrollar o dispensar un fármaco abortivo con indicación única, la gravedad de los motivos que le lleven a cooperar debe ser mayor que cuando se trate de un preparado que tiene varias indicaciones lícitas pero que también pueda ser usado con ese fin. En el ámbito de la industria, deberá ser más gravosa la penalidad que le impongan de no colaborar cuanto más dedicación profesional esté invirtiendo en el desarrollo o elaboración de abortivos.

2. La imposibilidad de encontrar otro empleo equivalente, o incluso proporcionalmente más arduo y/o menos remunerado, pero que le permita salir de la situación en la que se en-

---

<sup>121</sup> A este respecto, puede ser ilustrativo el informe que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares reimitió a sus colegiados en el año 2001, cuyo título era *Negativa del farmacéutico a dispensar un medicamento prescrito por un facultativo con receta*. 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., *La píldora del día siguiente*, cit., p. 122).

cuentra. Debemos hacer constar que es difícil que exista proporción entre la colaboración habitual al aborto –sobre todo si es muy próxima, aunque sea mediata– y el posible bien que se quiere proteger o mal que se quiere evitar. Así que, si realmente quiere salir de esa situación, el farmacéutico tiene que estar dispuesto a sufrir una serie de penalidades, que no sean desproporcionadamente gravosas<sup>122</sup> –quizás quedarse sin trabajo lo sería–.

En este punto nos vemos con la obligación de hacer hincapié en la distinción entre la que podría ser una colaboración *ocasional, excepcional o muy infrecuente* de otra *habitual* al aborto: el farmacéutico que trabaja en la dispensación o distribución de medicamentos en un hospital ofrece una colaboración ocasional, puesto que su trabajo considerado en general no está para nada encaminado al acto concreto –por lo demás harto infrecuente– de dispensar un abortivo. En cambio, el farmacéutico que trabaja habitualmente con estos preparados –sea por su dedicación total en la industria, sea por desempeñar un rol particular en el ámbito hospitalario– está mucho más *próximamente* relacionado con el acto abortivo. Creemos que no es admisible una cooperación de este tipo de forma *habitual*, salvo en casos realmente gravísimos: un farmacéutico con rectitud de conciencia en esta situación *debe* buscar otro trabajo o intentar realmente que se le reconozca el derecho a la objeción de conciencia con vistas a corto plazo.

3. También debe manifestarse esa necesidad en el neto rechazo hacia el aborto que debe expresar de cara a la sociedad, en

---

<sup>122</sup> “A veces las opciones que se imponen son dolorosas y pueden exigir el sacrificio de posiciones profesionales consolidadas o la renuncia a perspectivas legítimas de avance en la carrera” (*Evangelium vitae*, n. 74).

general y en el ámbito de la sociedad con el que está más en contacto (sus colegas, sus familiares, etc.), para evitar el escándalo. Debe, en definitiva, luchar positivamente para cooperar al bien: cambiando poco a poco el modo de pensar de los que le rodean, su visión de la persona y su dignidad, las estructuras y el ordenamiento, para que consideren al *nasciturus* como lo que es, o al menos para que reconozcan al objetor sus derechos. El farmacéutico debe sentir también la responsabilidad de transmitir este modo de ver las cosas creando opinión en los ámbitos del ordenamiento público en que se mueve, como su Colegio de Farmacéuticos. De no poner esta lucha positiva y efectiva, podría verse vencido por el riesgo de acostumbrarse a la cooperación y de pasar del plano material al formal<sup>123</sup>.

4. Y por último, tal como decíamos debe efectivamente poner todos los medios a su alcance para alejarse de la situación de cooperación. Buscará estos medios en el ordenamiento legal legítimo, consciente de que la libertad de conciencia e ideológica está contenida entre los artículos de la Constitución Española, y que puede esgrimirla en forma de objeción de conciencia<sup>124</sup>.

---

<sup>123</sup> Cfr. *Ibidem*: “puede suceder que el cumplimiento de algunas acciones en sí mismas indiferentes, o incluso positivas, previstas en el articulado de legislaciones globalmente injustas, permita la salvaguarda de vidas humanas amenazadas. Por otra parte, sin embargo, se puede temer justamente que la disponibilidad a cumplir tales acciones no sólo conlleve escándalo y favorezca el debilitamiento de la necesaria oposición a los atentados contra la vida, sino que lleve insensiblemente a ir cediendo cada vez más a una lógica permisiva”.

<sup>124</sup> Cfr. *STC 53/1985*, de 11.4.1985 –comentada en el cap. II.C.3– que interpreta el art. 16.1 de la *Constitución Española* sobre la libertad ideológica.

Poner *todos* los medios a su alcance significa intentar cambiar la situación de inmoralidad que se da en el lugar donde trabaja, mediante el ejemplo y el testimonio de respeto a la persona y su dignidad. A la vez, y máxime si lo primero es imposible, también deberá poner en marcha el aparato legal a su disposición para evitar que le sea impuesta la cooperación a la acción abortiva. Por tanto, se acogerá a la objeción de conciencia, que es un instituto que ofrece la ley y que le protege contra cualquier posible sanción por parte del contratante.

Siguiendo adelante con el análisis moral del acto realizado por el farmacéutico, conviene también aclarar que cuando el efecto inmoral es fruto de la libre intervención de un tercero, es de suyo *per accidens*, aun en el caso de que se produzca siempre o casi siempre<sup>125</sup> (aunque realmente sea eficaz, esto es, que sin el concurso del farmacéutico no tendría lugar el acto malo). Esto no significa, a pesar de todo, que una acción realizada en estas condiciones no sea imputable al agente, ya que está poniendo de alguna manera las condiciones que facilitarán que esta tercera persona realice el efecto inmoral<sup>126</sup>. Pero recordemos también que las malas consecuencias *previstas* de las acciones pueden no ser imputables al agente en el caso de que realmente se cumplan los requisitos que hemos visto para las acciones realizadas según el principio del *voluntario indirecto* –pues de eso se trata–, válidas también para la cooperación al mal<sup>127</sup>. Por lo tanto, aunque en la medida de lo posible *debe* ser evitado, el acto de cooperación mediata al aborto por parte del farmacéutico por motivos *muy graves* puede ser lícito.

---

<sup>125</sup> Cfr. GARCÍA DE HARO, R., *La vida cristiana*, cit., p. 392.

<sup>126</sup> Cfr. PRÜMMER, D.M., *Manuale Theologiae Moralis*, cit., t. 2, Tr. XI, cap. III, art. II, par. 1, n. 107.

<sup>127</sup> Cfr. RHONHEIMER, M., *La perspectiva de la moral*, cit., p. 386.

Pero antes de terminar este epígrafe nos vemos llamados a subrayar el carácter eminentemente positivo de la actitud que estamos reseñando. El hecho de *huir* de una situación de cooperación al aborto no es una imposición o fardo moral, sino la afirmación de la verdad y la dignidad de la persona humana desde el primer momento de su existencia, cuando más necesidad tiene de protección. Es la defensa de los valores que señalan el verdadero progreso del hombre y de la sociedad. El farmacéutico que busca heroicamente el reconocimiento de su libertad –ordenada a la ley moral– con la negativa a cooperar en una situación generalizada de crímenes contra la persona, debe ser consciente de que las vidas que está salvando son el mayor reconocimiento implícito y explícito a su actitud.

### *c) Objeción de conciencia y amparo jurídico*

Pasando al ámbito jurídico, veíamos que la resistencia de otros a la objeción de conciencia no debería suponer un problema de magnitud inabarcable, pues constituye un deber y un derecho fundamental que suele ser reconocido a los agentes sanitarios, incluso si acude a ella después de haber participado en varias ocasiones al acto que percibe como malo –objeción de conciencia *sobrevenida*–, de manera que “quien recorre a la objeción de conciencia debe estar a salvo no sólo de sanciones penales, sino también de cualquier daño en el plano legal, disciplinar, económico y profesional”<sup>128</sup>.

Por un lado, la libertad ideológica, de conciencia y de religión amparada y protegida en las Constitución de casi todos los países de ámbito democrático, establece a nivel legislativo que el jefe tiene la obligación de respetar, en la medida de lo posible, las convicciones morales, ideológicas o religiosas de sus trabajadores, y colaborar en la posibilidad de realizar las mani-

---

<sup>128</sup> *Evangelium vitae*, n. 74.

festaciones prácticas de estas convicciones<sup>129</sup>. Así que, tanto en medio hospitalario como en el trabajo en la industria, no debería haber problemas con el traslado a un puesto análogo del farmacéutico objetor. Además, el farmacéutico en estos dos ámbitos no suele trabajar solo, así que es fácil que se encuentre a otro profesional que supla el servicio del que es objetor. Estos valores los reconoce y protege el Código deontológico español de la profesión farmacéutica, recogido en el Estatuto de esta profesión, pendiente de reconocimiento por el Ministerio de Sanidad. En él se señala también el compromiso del Colegio Oficial de Farmacéuticos de tutelar y amparar la objeción de conciencia de sus miembros<sup>130</sup>.

En el ámbito público (por ejemplo, en los hospitales del Estado), esta protección del objetor se da con relativa facilidad, pero la cosa se complica en empresas u hospitales privados, en los que la entidad contratante se reserva el derecho de rescindir un contrato. Aun así, la ley debería respaldar al objetor, sea cuando lo cambian de empleo trasladándolo a uno inmoral, sea cuando ya trabajaba en el desarrollo de abortivos y decide, mediante objeción de conciencia sobrevenida, dejar de hacerlo.

Por otro lado, tal como comentábamos en materia de *objeción de legalidad*<sup>131</sup>, el farmacéutico que no quiere colaborar con el aborto, ni siquiera de forma mediata, tiene también en cierta manera otro tipo de amparo en el Derecho: el Código Penal despenaliza el aborto en sólo tres supuestos, y bajo una serie de condiciones muy estrictas. El aborto farmacológico hormonal puede saltarlas, porque pasa de ser un acto público y notorio –el aborto quirúrgico– a un hecho privado, del que no tiene por qué haber constancia –la mujer se toma una píldora y vuelve a los dos días para que

---

<sup>129</sup> Cfr. cap. II.B.2. Cfr. también REDMAN, B.K., *The ethics of leadership in pharmacy*, en "American Journal of Health System Pharmacy" 52 (1995), pp. 2099-2104.

<sup>130</sup> Cfr. cap. II.D.

<sup>131</sup> Cfr. cap. II.C.4.

se consume el aborto—. Asimismo, sabemos que la falta de castigo del aborto en los tres supuestos que se han comentado no genera un derecho a que se le facilite tal tratamiento, y menos a que sea un determinado profesional el que lo lleve a cabo —razón a la que se puede acoger el farmacéutico en su objeción de conciencia—.

También podemos 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 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, aunque dicha situación pueda llegar a poner en situación de riesgo incluso su propia salud. 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.

Así, el objetor en materia de aborto cuenta con cierto soporte constitucional, que se refleja en las leyes ordinarias que suelen despenalizar sólo parcialmente el aborto, manteniéndolo como delictuoso en otros supuestos. De este modo 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 los medios abortivos, a propósito de su expendición, en el párrafo 3º del art. 415, completándose con el 416, que en lo tocante a la difusión de métodos abortivos pena gra-

vemente la participación del farmacéutico a ella en los casos fuera de la ley<sup>132</sup>.

Podemos concluir a modo de epílogo que, en principio, la *colaboración mediata próxima* a un crimen como el aborto –como son el desarrollo en medio industrial o la dispensación de los medios que lo facilitan–, es una acción ilícita. A pesar de todo, puede haber casos ocasionales y excepcionales en los que sea legítima tal cooperación, cuando:

1. haya obligación legal de llevarla a cabo;
2. haya agotado los medios para rechazar su colaboración por la vía de la *legalidad*;
3. no se reconozca su derecho a la objeción de conciencia al aborto;
4. haya proporción entre la necesidad de llevar a cabo la acción y el hecho de poner en manos de otra persona un instrumento abortivo;
5. sea una situación excepcional, ocasional, mientras busca una solución para no tener que colaborar *en absoluto* a situaciones de ese tipo.

Siempre poniendo los medios a su alcance para salir de esa situación de colaboración, a no ser que sea muy remota –como lo sería la del director técnico de un almacén o cooperativa que abastece de todos los fármacos y productos sanitarios a una ciudad–.

En cuanto a la *colaboración mediata remota*, los problemas que plantea son ciertamente menores. Esta cooperación puede verse materializada en el que trabaja en una industria que, entre muchas líneas de investigación, desarrolla abortivos, pero con relación muy distante al trabajo del farmacéutico que se plantea el conflicto; o en el farmacéutico que trabaja en un almacén que comercia con un volumen amplísimo de material, entre el que se encuentran productos de este tipo. A pesar de todo, siempre deberán buscar

---

<sup>132</sup> Cfr. *Código Penal*, arts. 415 y 416.

una adecuación del ambiente en el que se desenvuelve –sus compañeros de trabajo, el ideario de la empresa– con la ley moral.

## 2. Las “píldoras del día siguiente”

### a) Efecto abortivo de la “contracepción de emergencia”

Hemos visto que el principal problema de la llamada *contracepción 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 del problema en la ambigüedad de la terminología utilizada –aunque como trasfondo sabemos que hay una verdadera estrategia ideológica y comercial–. A todo fármaco que actúa inhibiendo la ovulación o eliminando el fruto de la fecundación antes de su implantación en el útero de la madre se le llama *anticonceptivo* o *contraceptivo*. Se habla, en cambio, de *abortivo* refiriéndose solamente al preparado que interrumpe voluntariamente el desarrollo del embrión ya implantado, esto es, a la *contragestación*. El *aborto* realmente comprende toda eliminación voluntaria del fruto vivo de la fecundación, desde que ésta ocurre hasta el momento del parto, y tal como hemos visto al estudiar los preparados abortivos, puede ser provocado de modo tanto *interceptivo* como *contragestativo*.

Las llamadas “píldoras del día siguiente” toman el nombre de *contracepción de emergencia*, y en sus prospectos se puede 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 podemos llamarlos, sin temor a equivocarnos, *fármacos abortivos*.

La diferencia entre el tratamiento legal de estos preparados y el de los abortivos es radical: dado que se define legalmente *aborto* como la interrupción sólo contragestativa del embarazo –eliminación del embrión ya implantado–, los medicamentos que actúan como antiimplantatorios no deben

someterse 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 una cuestión que veremos 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 trasciende a la orientación ética o a la convicción del médico o del científico de que el embarazo empieza con la nidación del blastocisto.

Pensamos que es éticamente necesario tener en cuenta, o al menos respetar, la opinión contraria a la expuesta: la de quien por razones científicas –que tiene tanto o más fundamento “médico” que la anteriormente descrita–, morales y religiosas, considera que una intervención sucesiva a la fecundación, pero precedente a la implantación, supone también una pérdida de vidas humanas, y por lo tanto es éticamente inaceptable si provocada<sup>133</sup>. Y esto tendría 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, contemplando y respetando las dos perspectivas de la cuestión.

Yendo un poco más allá, diremos 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 puesto que, incluso acogiendo la *nueva* definición de embarazo o gestación, 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. Ese proceso, si se lleva a cabo con éxito, con la nidación

---

<sup>133</sup> Cfr. KAHLENBOM, C., STANFORD, J.B., LARIMORE, W.L., *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception*, cit., pp. 465-470; DI PIETRO, M.L., CASINI, M., FIORI, A., MINACORI, R., ROMANO, L., BOMPIANI, A., *Norlevo e obiezione di coscienza*, cit., p. 435.

–usando palabras suyas– iniciará la gestación de un ser humano. Así, aunque no comportara la interrupción de esa *gestación*, un producto con acción *interceptiva* conllevaría la interrupción de un proceso vital encaminado a la implantación. De tal modo que, incluso visto desde una óptica desviada, el tratamiento antiimplantatorio merece a todas luces recibir una consideración más bien equivalente al aborto que a la anticoncepción<sup>134</sup>, puesto que la vida ya implantada es un *continuum* sin solución de continuidad de la que se originó con la fecundación.

Por lo tanto, hemos demostrado sobradamente que se pueden considerar los preparados utilizados como *contracepción de emergencia* como verdaderos abortivos. El tratamiento moral que reciben de cara al farmacéutico es exactamente el mismo que el que reciben los fármacos directamente abortivos. Por lo que, de llegar a convertirse en una obligación su tenencia y dispensación en España, el farmacéutico también deberá responder elevando objeción de conciencia, en las mismas condiciones que el farmacéutico de hospital y el investigador en el caso de los preparados abortivos, pero con la diferencia de que este medicamento, de ser comercializado, también entraría en la línea de venta de las oficinas de farmacia. Así lo expresa el Magisterio de la Iglesia, estableciendo el imperativo moral de rechazar la dispensación de la “píldora del día siguiente”, y la correlativa obligación por parte del Estado de reconocer la objeción de conciencia de los profesionales de la salud en esta materia. La Conferencia Episcopal Española, en su Nota del 27.4.2001, dice que “los médicos y farmacéuticos amantes de la

---

<sup>134</sup> Cfr. DI PIETRO, M.L., CASINI, M., FIORI, A., MINACORI, R., ROMANO, L., BOMPIANI, A., *Norlevo e obiezione di coscienza*, cit., pp. 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., VEATCH, R.M., *Pharmacist's refusal to dispense diethylstilbestrol for contraceptive use*, en “American Journal of Health System Pharmacy” 46 (1989), pp. 1414-1415).

vida humana y coherentes con la conciencia ética no deberían prestarse a facilitar en modo alguno el instrumento de muerte que es la «píldora del día siguiente». Las autoridades tienen la obligación de proveer a que no se les impida el ejercicio de la objeción de conciencia en esta materia tan grave”<sup>135</sup>.

Por su parte, la Academia Pontificia para la Vida ha sido rotunda al afirmar que la misma ilicitud de las prácticas abortivas subsiste en relación a la difusión, la prescripción y la dispensación de este producto. Por ello, la Iglesia Católica ha manifestado, en reiteradas ocasiones, su más decidido apoyo a todos los profesionales que objetan a la dispensación de la PDS. En este sentido, ha señalado que “ante la difusión de tales procedimientos, exhortamos vivamente a todos los agentes del sector a poner en práctica con firmeza la objeción de conciencia moral, que testimonia valientemente, en los hechos, el valor inalienable de la vida humana, sobre todo frente a las nuevas formas ocultas de agresión a los individuos más débiles e indefensos, como es el caso del embrión humano”<sup>136</sup>.

### ***b) Diferencia de la “píldora del día siguiente” respecto a los medios abortivos directos***

Un matiz que diferencia la moralidad de la dispensación de estos preparados de la de los abortivos es su *proximidad* de la cooperación al acto abortivo. 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

---

<sup>135</sup> CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, Nota *La «píldora del día siguiente», nueva amenaza contra la vida*, de 27.4.2001, en “Ecclesia” 3048 (2001), p. 679.

<sup>136</sup> PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comunicato sulla cosiddetta “pillola del giorno dopo”*, de 31.10.2000, en [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_academies/acdlife/documents/rc\\_pa\\_acdlife\\_doc\\_20001031\\_pillola-giorno-dopo\\_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20001031_pillola-giorno-dopo_it.html), n. 6. La traducción es nuestra.

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 alrededor del 20% 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–. Sólo pretende, en realidad, sacarse un *problema* de encima, con una intención más amplia que la directamente abortiva, aunque la incluye puesto que está abierta a esta posibilidad. Por otro lado hay que tener en cuenta otro hecho: debido a la desinformación de que ha sido objeto, puede estar convencida de que cuando toma la PDS está tomando un *anticonceptivo*, en el sentido anovulatorio, y no de que con gran probabilidad no ejercerá este efecto, sino el interceptivo<sup>137</sup>. Pero esta falta de formación en la mujer cambia sólo la valoración moral subjetiva del acto de tomar la PDS, 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 más *remota* que en el caso de los fármacos directamente abortivos.

---

<sup>137</sup> 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*, en “Cuadernos de Bioética” 57 (2005), pp. 259-272): el profesional farmacéutico tiene un papel muy importante en la farmacovigilancia y en la educación sanitaria de la población. Antes de declararse objetor 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 está creciendo en su seno, aunque todavía no se haya implantado.

Y, aunque hacer voluntariamente de una relación sexual un acto no fecundante (acción *anticonceptiva* o *contraceptiva*) o cooperar a ello también es un acto moralmente reprobable, la injusticia moral que generan estos actos no es tan grave como la del aborto. De todos modos, aunque no es determinante, la sólo posibilidad de desencadenar un aborto agrava mucho esta situación respecto a la de la simple anticoncepción.

*c) Libre comercio de las “píldoras del día siguiente” y objeción de conciencia farmacéutica*

Tal como decíamos, un factor que amenaza no poco la conciencia de los 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 tenerlos 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”<sup>138</sup>. Esta declaración abre el camino a la ob-

---

<sup>138</sup> GONZÁLEZ GAVARI, J.C., *Entrevista*, en “Diario de Navarra”, 10.5.2001, <http://www.diariodenavarra.com>.

jección de conciencia farmacéutica a la *anticoncepción de emergencia*, ya que efectivamente se trata de un servicio ampliamente cubierto, por lo que algún caso aislado de objeción de conciencia no puede alterar el “orden público general”.

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”<sup>139</sup>. 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 grave deber de no obedecer la ley que enfrente gravemente su profesión a sus convicciones morales, acogiéndose a la objeción de conciencia. En otras, por desgracia, no es así<sup>140</sup>.

---

<sup>139</sup> CENTENERA, J.I., *Circular* citada en LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., p. 120.

<sup>140</sup> Cfr. nota a pie n. 121 de este mismo capítulo. 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, pero 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 (cfr. cap. II.D.).

De tal modo que 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 nº..... y colegiado nº.....,  
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.....<sup>141</sup>

Por lo que se refiere al tipo de cooperación que ofrece el farmacéutico en relación con la *píldora del día siguiente*, tenemos que decir que, al igual que ocurría con la objeción de conciencia al aborto, todo lo que hemos dicho para el farmacéutico de oficina de farmacia vale para el investigador de la industria, puesto que el tipo de colaboración no cambia entre los dos casos: el investigador, así como el titular o el empleado de una oficina de farmacia, están poniendo un recurso para que otra persona lo use con fines ilícitos. Se configura, al igual que la cooperación farmacéutica al aborto, en mediata, pero próxima, ya que la producción y venta está orientada al uso. Aunque, tal como hemos dicho en el caso de los fármacos abortivos directos para farmacéutico que trabaja en la industria o investigación, por un lado su mayor libertad para dedicarse a otras cosas, así como la mayor facilidad para encontrar otro empleo; y por el otro lado el hecho de que suele constituir una cooperación más *habitual* –por suponer una dedicación mayor en tiempo y en empeño personal–, hacen de su cooperación un acto más grave, que debe ser eludido con más ahínco, si cabe.

---

<sup>141</sup> Modelo de objeción de conciencia farmacéutica a la “píldora del día siguiente” de la ASOCIACIÓN CATALANA DE ESTUDIOS BIOÉTICOS: [http://www.aceb.org/oc/Form\\_ph.doc](http://www.aceb.org/oc/Form_ph.doc).

*d) Objeción de conciencia y "legalidad" en relación a la "píldora del día siguiente"*

En otro orden de ideas, y 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 Guadalajara envió otra 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, aún 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"<sup>142</sup>. 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, pero 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–.

Desde los puntos de vista legal y científico, esta declaración nos da pie para profundizar en la *objeción de legalidad*, que cobra especial relieve en este caso concreto. 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 en cierta manera se opone a ésta–. Así, deberá buscar si por la vía de la *legalidad* hay algún motivo por el que pueda negarse a la dispensación de

---

<sup>142</sup> 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*, cit., pp. 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.

estos fármacos. En esta línea es en la que conviene recordar que, en España, el aborto es, en general, un delito tipificado penalmente, aunque existen determinados supuestos despenalizados. Por ello, 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 es legalmente 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<sup>143</sup>. 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”<sup>144</sup>. 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: simplemente quiere deshacerse del problema derivado de un *desliz*.

Esta situación de ilegalidad con respecto a los supuestos de aborto despenalizados, queda también ilustrada en el hecho de que el Real Decreto 2409/1986, de 21.11.1986, dispone que “la sentencia del Tribunal Constitu-

---

<sup>143</sup> Cfr. el art. 15.1 de la *Constitución Española*: “todos tienen derecho a la vida”.

<sup>144</sup> *Código Penal*, art. 28.1.

cional 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<sup>145</sup>. Estos requisitos no se cumplen en ningún caso de prescripción y dispensación de la “píldora del día siguiente”, y justifican ampliamente y amparan jurídicamente la objeción del farmacéutico de oficina de farmacia a su dispensación.

Para concluir el apartado que habla de la objeción de conciencia al desarrollo y dispensación de las “píldora del día siguiente”, diremos que es una situación análoga a la del aborto, aunque de cooperación un poco más remota, puesto que el farmacéutico no siempre es eficazmente responsable de un aborto, sino que a veces la consecuencia de su acción es anticonceptiva o incluso puede no tener efecto real alguno sobre el cuerpo de la mujer –porque no estaba ni en la fase inmediatamente preovulatoria del ciclo–. De todos modos, constituye una acción moralmente ilícita, que debe evitar a toda costa: primero agotando los medios legales, como la objeción de *legalidad* o de *ciencia*, y después acudiendo a la objeción de conciencia, que debería serle reconocida. Cuando no es así, sea por ley o por contrato, puede ser que en algún caso muy excepcional y de modo ocasional –es decir, de modo no habitual– no tenga más remedio que acceder a la cooperación, si el hecho de no hacerlo acarreará una injusticia muy grave. En este caso, deberá poner los medios a su alcance para alejarse de la situación en la que se encuentra, mediante traslado o cambio de trabajo a otro equivalente, a la vez que intenta influir para mejorar la estructura en la que se halla, desde dentro.

---

<sup>145</sup> *Real Decreto 2409/1986*, de 21.11.1986.