

CAPÍTULO VII. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA Y ANTICONCEPCIÓN

A. INTRODUCCIÓN

Es un campo controverso de la actividad profesional del farmacéutico su vinculación con la anticoncepción. En las oficinas de farmacia españolas hay obligación de expender los medicamentos que hayan sido regularmente reclamados, y entre estos están los fármacos anticonceptivos. Algunas Comunidades Autónomas están ejerciendo presión para que también se incluya en el *stock mínimo* o *de urgencia* el preservativo –como método anticonceptivo y preventivo de las enfermedades de transmisión sexual–. Vamos a estudiar los tipos de productos anticonceptivos y su modo de acción, para posteriormente analizar la valoración moral del trabajo del farmacéutico en este campo, basándonos en la doctrina del Magisterio y de la Teología Moral sobre la anticoncepción.

1. Ilícitud moral de la anticoncepción

Hemos tocado bastante a fondo el tema de la anticoncepción, manifestado tanto en el *acto concreto* anticonceptivo como en la *mentalidad anticoncep-*

tiva, en el capítulo referente al Magisterio de la Iglesia, en el que se desarrollaba el contenido de la Encíclica *Humanae vitae*¹ en continuación con la *Gaudium et spes*. Situábamos el centro del problema en la desvinculación entre el comportamiento sexual y la responsabilidad procreativa que de modo natural se deriva de éste.

Ya la *Gaudium et spes* sentaba claramente la doctrina cristiana sobre el amor conyugal y la naturaleza y fines del matrimonio, sin adentrarse en el tema concreto de la contracepción. Habla del acto matrimonial como expresión y perfección del amor conyugal, y como una acción en sí misma honesta, digna y enriquecedora del matrimonio y de los cónyuges². Se entienden la fecundidad del matrimonio, la paternidad y la maternidad como interpretación –deber de los esposos– del amor creador de Dios³.

En 1968 vino a la luz la Encíclica de Pablo VI sobre la recta regulación de la natalidad, en la que se ponen las bases de la *paternidad responsable*. Ésta se manifiesta en una dimensión *interna* –que versa en la decisión de procrear o no–, y en otra *externa* –la ejecución concreta de esa decisión–, en relación con el orden moral objetivo, establecido por Dios y garantizado por la conciencia, que pondrá de acuerdo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí, en el momento de la decisión de procrear/no procrear, y del realizarse de esa decisión. Podemos entender con Rhonheimer este orden moral objetivo como un *ordenamiento de la razón*, presente en la misma naturaleza humana: no es algo extrínseco al hombre, impuesto desde fuera, sino que la conciencia humana lo percibe como constitutivo de su ser personal. Los cónyuges que modifican su comportamiento sexual de acuerdo con las exigencias de la responsabilidad procreativa actúan de acuerdo con la ley natural –que ordena *en la razón* el impulso sexual–: viven, por tanto, “la virtud

¹ Cfr. el punto D del capítulo IV de este trabajo.

² Cfr. *Gaudium et spes*, n. 49.

³ Cfr. *Ibid.*, n. 50.

de la castidad conyugal, pues la ley natural no manda otra cosa que vivir las virtudes”⁴.

En ese orden de ideas, podemos entender la anticoncepción como la no adecuación a la ley natural, como ruptura en la persona de su unidad alma-cuerpo, manifestada en esa escisión entre su comportamiento sexual y la finalidad procreadora inherente a éste. La *Humanae vitae* enseña que el recurso a la anticoncepción, bajo cualquier forma, en la ejecución de la decisión de no procrear es objetivamente injusto: “queda (...) excluida toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga, como fin o como medio, hacer imposible la procreación”⁵. De tal manera que el respeto a la naturaleza del acto propio del matrimonio exige que “cualquier acto matrimonial (*quilibet matrimonii usus*) debe quedar abierto a la transmisión de la vida”⁶. Por lo tanto, la decisión legítima de no procrear encuentra su ejecución éticamente lícita sólo en la continencia completa o en la realización del acto conyugal en los períodos infecundos de la mujer.

La decisión anticonceptiva atenta contra el significado de la *sexualidad conyugal*, porque “destruye en el plano del comportamiento concreto la unidad del alma y el cuerpo”⁷. Excluye la totalidad del don de sí al otro cónyuge –el don de la persona en su paternidad-maternidad–, y por ende la unidad conyugal en una sola carne. Destruye el sentido de la sexualidad porque la separa de su significado procreativo, impidiendo que sea verdadera expresión y cumplimiento del amor personal.

El comportamiento anticonceptivo responde también a una mentalidad *anti-vida* –por la consideración del posible fruto del acto sexual como un

⁴ RHONHEIMER, M., *Ética de la procreación*, Rialp, Madrid 2004, p. 127.

⁵ *Humanae vitae*, n. 14.

⁶ *Ibid.*, n. 11.

⁷ RHONHEIMER, M., *Ética de la procreación*, cit., p. 123.

enemigo a rechazar-. Esta mentalidad *anti-vida* es un factor común de la generalizada mentalidad anticonceptiva y la abortiva, pero éste es un tema que expondremos en el siguiente epígrafe.

Pablo VI termina su Encíclica advirtiendo sobre las consecuencias negativas de la mentalidad anticonceptiva, que se han venido cumpliendo a lo largo de los años⁸: el notable aumento del número de abortos en los países en los que se ha sentado con mayor fuerza la anticoncepción; la instrumentalización de la mujer; el impulso por parte del Estado de políticas de control de la natalidad mediante métodos anticonceptivos, involucrando en ellas al personal sanitario, etc. Esta última consecuencia es el marco en el que se encuadra el rol del farmacéutico en esta materia: si bien el Estado no impone la regulación de la natalidad a los ciudadanos mediante los medios anticonceptivos –aunque ciertamente la promueve–, sí que se compromete a facilitar el acceso a ellos. Este acceso, en el caso de los anticonceptivos hormonales, siendo así que son medicamentos, se garantiza a través de las oficinas de farmacia, con la consiguiente obligación legal del farmacéutico que trabaja allí de dispensarlos. Más adelante veremos en concreto qué medios está obligado a dispensar y cuáles no, y en virtud de qué parámetros.

El Papa Pablo VI reconoce el esfuerzo de los médicos y del personal sanitario que “en el ejercicio de su profesión sienten entrañablemente las superiores exigencias de su vocación cristiana, por encima de todo interés humano”. Les anima a que “perseveren, pues, en promover constantemente las soluciones inspiradas en la fe y en la recta razón, y se esfuercen en fomentar la convicción y el respeto de las mismas en su ambiente. Consideren también como propio deber profesional el procurarse toda la ciencia necesaria en este aspecto delicado, con el fin de poder dar a los esposos que los consultan sabios consejos y directrices sanas que de ellos esperan con

⁸ Cfr. *Humanae vitae*, nn. 38-42.

todo derecho"⁹. En esa promoción positiva de la verdad acerca del hombre, tal como veíamos, el personal sanitario debe tener en cuenta cuál es su verdadero rol en la sociedad, y confrontarlo con los actos moralmente ilícitos que a veces se le imponen por ley –como la venta de medicamentos para uso inmoral–; también debe ponderar la posibilidad de oponerse a tales leyes injustas mediante el ejercicio constitucionalmente protegido de la objeción de conciencia, así como de cualquier otra manera que encuentre cabida en el ordenamiento en el que se encuentra.

2. *Anticoncepción y aborto*

Ya hemos visto sobradamente que el aborto y la anticoncepción son dos fenómenos distintos, y así lo considera el Magisterio. Cuando se actúa contra el desarrollo del cigoto diploide –dos juegos de cromosomas–, desde el momento en que se forma por la fusión de los dos gametos en la fecundación, impidiéndose su continuidad y desarrollo, se están utilizando procedimientos *abortivos*. Si lo hacemos antes de ese momento, incidiendo sobre las células haploides –los gametos, que cuentan sólo con un juego de cromosomas–, se están manejando *anticonceptivos*. Ésta es la cuestión decisiva: mediante el aborto, se elimina a un ser humano ya concebido; mediante la anticoncepción, en cambio, se impide la concepción que podría seguirse de una relación sexual¹⁰. Las especies morales de las dos acciones –aunque tal como hemos visto ambas son gravemente ilícitas– son radicalmente distintas. ¿Por qué, entonces, y siguiendo adelante con el estudio de los textos magisteriales, la *Evangelium vitae* dice que el aborto y la anticoncepción son

⁹ *Ibid.*, n. 27.

¹⁰ Cfr. ARRÉBOLA, P., VACAS, J.S., *Aspectos legales y éticos de anticonceptivos y abortivos*, en "Cuadernos de Bioética" 23 (1995), p. 305.

“frutos de la misma planta”¹¹, dándoles un origen común y relacionándolos tan estrechamente? La Encíclica de Juan Pablo II pone en evidencia la relación entre el uso de los anticonceptivos –plano *externo*– con la que hemos llamado mentalidad anticonceptiva –plano *interno*–, y la estrecha vinculación de éstos dos con la enorme extensión y la creciente aceptación social del aborto.

En el número 13 de la *Evangelium vitae* –que es el dedicado a este argumento–, el Papa se opone a la opinión según la cual la anticoncepción “es el remedio más eficaz contra el aborto. Se acusa además a la Iglesia católica de favorecer de hecho el aborto al continuar obstinadamente enseñando la ilicitud moral de la anticoncepción”¹². Pero, de hecho, la mentalidad que subyace a la anticoncepción intensifica la cultura del aborto: allí donde ha sido rechazada la doctrina de la Iglesia sobre la ilicitud de la anticoncepción es donde el aborto es más común y socialmente aceptado¹³. Aunque,

¹¹ *Evangelium vitae*, n. 13.

¹² *Ibidem*.

¹³ Cfr. RHONHEIMER, M., *Anticoncepción, mentalidad anticonceptiva y cultura del aborto: valoraciones y conexiones*, en LUCAS, R. (Ed.), *Comentario Interdisciplinar a la “Evangelium Vitae”*, cit., p. 436. Kaszak subraya que “en los países escandinavos, por ejemplo, en los que el acceso a los medios anticonceptivos está garantizado incluso para los adolescentes, el recurso al aborto es muy frecuente. En Italia, las regiones con un índice significativo en la difusión de la anticoncepción ocupan los primeros puestos en abortos. El Allan Guttmacher Institute publicó en 1996 un estudio según el cual entre las 10.000 mujeres que habían solicitado la muerte de su propio hijo, el 57,5% hacían uso de anticonceptivos. Según K. Sidenius y N.K. Rasmussen, el 60% de las adolescentes que abortaron en el Harlev Hospital de Copenhague recurría a los anticonceptivos” (KASZAK, G., voz “Mentalidad anticonceptiva”, en PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Lexicón. Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*, Palabra, Madrid 2004, pp. 772-773). Álvarez de la Vega comenta que “el Dr. Koya, presidente del Instituto de la Salud de Japón, explica que por cada 100 embarazos, en mujeres sin contraceptivos y sin instrucción en cuestiones de planifica-

como hemos dicho, esta conexión no responde a una afinidad intrínseca o identidad entre los dos fenómenos. En la base de la anticoncepción no se encuentra una actitud *explícita* contra la vida, en el mismo sentido en que se encuentra en el aborto –que sería por tanto sólo el lógico desenlace de esa cultura–: según la Encíclica, “anticoncepción y aborto, desde el punto de vista moral, son males específicamente distintos: la primera contradice la verdad plena del acto sexual como expresión propia del amor conyugal, el segundo destruye la vida de un ser humano; la anticoncepción se opone a la virtud de la castidad matrimonial, el aborto se opone a la virtud de la justicia y viola directamente el precepto divino «no matarás»”¹⁴.

¿Cuál es, pues, la conexión? Para Rhonheimer, más que en la que la *Evangelium vitae* llama una mentalidad hedonista e irresponsable respecto de la sexualidad, o un concepto egoísta de la libertad –aunque en ellas se ve reforzado–, el núcleo se encuentra en la “falta de responsabilidad sexual, aun a sabiendas de que las prácticas anticonceptivas se promueven bajo el lema de la «responsabilidad»”¹⁵: se trata de la disolución, efectiva a nivel de mentalidad social, del vínculo existente entre el comportamiento sexual y la responsabilidad procreativa¹⁶, con el consiguiente efecto de que “la vida

ción, se producían 23 abortos; en mujeres con contraceptivos y sin instrucción en planificación, se producían 61 abortos; y en mujeres que utilizan contraceptivos y tenían además instrucción en temas de planificación, se producían 71 abortos” (ÁLVAREZ DE LA VEGA, F., *Ética de la dispensación de contraceptivos*, en “Cuadernos de Bioética” 6 (1991), p. 53). Se pueden cfr. también SUAUDEAU, J., *Contraception and Abortion. Foes or Friends?*, en “Linacre Quarterly” 5 (2000), pp. 68-69; MORETTI, J.M., DINECHIN, O., *El desafío genético. Manipulaciones, diagnóstico precoz, inseminación, contracepción*, Herder, Barcelona 1985, p. 149.

¹⁴ *Evangelium vitae*, n. 13.

¹⁵ RHONHEIMER, M., *Anticoncepción, mentalidad anticonceptiva y cultura del aborto: valoraciones y conexiones*, cit., p. 436.

¹⁶ Cfr. también KASZAK, G., voz “Mentalidad anticonceptiva”, cit., p. 771.

que podría brotar del encuentro sexual se convierte en enemigo a evitar absolutamente, y el aborto en la única respuesta posible frente a una anticoncepción frustrada¹⁷.

Para acercarnos a la raíz del problema, vamos a ver cuál es la diferencia entre la decisión de posponer la procreación, por motivos legítimos, ejecutada bien mediante la práctica de la continencia periódica, bien de modo anticonceptivo. En el primer caso, esta decisión se materializa en un acto virtuoso, también propiamente conyugal, de efectiva responsabilidad procreativa y casto amor conyugal. En éste no se cierran en ningún caso las puertas a la vida que eventualmente podría surgir como consecuencia natural del acto que se realiza sólo en los períodos supuestamente infecundos de la mujer: es más, de surgir la nueva vida, ésta sería acogida y los cónyuges asumirían de modo natural sus responsabilidades para con el hijo que han engendrado¹⁸. En el segundo, en cambio, decimos que existe un *comportamiento* anticonceptivo –en el *impedir* las consecuencias procreativas del acto de unión carnal–, informando el cual se vislumbra ciertamente una *mentalidad* o *intención anticonceptiva*. Las raíces comunes de esta mentalidad anticonceptiva y la *mentalidad anti-vida* se encuentran precisamente en el hecho de que se corrompe el sentido de la sexualidad, su ordenamiento esencial a la responsabilidad procreativa –y de hecho, tal como hemos demostrado, también al sentido unitivo del matrimonio–, de tal manera que se percibe el fruto natural de su ejercicio como un enemigo a evitar –un *hijo*

¹⁷ *Evangelium vitae*, n. 13. Sobre el concomitante crecimiento de la mentalidad abortiva y el número de abortos con la implantación de una mentalidad anticonceptiva se puede consultar también: SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 487ss.; CICCONE, L., *La vita umana*, cit., pp. 121-122; ÁLVAREZ DE LA VEGA, F., *Ética de la dispensación de contraceptivos*, cit., p. 57; SUAUDEAU, J., voz “*Sexo seguro*”, en PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Lexicón. Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*, cit., pp. 1041-1061.

¹⁸ Cfr. RHONHEIMER, M., *Anticoncepción, mentalidad anticonceptiva y cultura del aborto: valoraciones y conexiones*, cit., pp. 439-441.

no deseado—¹⁹. Es, pues, fácil que de verse frustrado el intento anticonceptivo, aunque efectivamente se trate de atentar contra dos dimensiones distintas de la vida del hombre, para evadir el problema generado se recurra con cierta *connaturalidad* al aborto²⁰: el niño se ve como un obstáculo del que no se sienten responsables, pues lo excluyeron positivamente desde el principio —en la realización de un acto sexual que nada quiere tener que ver con el posible fruto derivado de él—, un mal a no promover o a eliminar en el caso de verse realizado, no como un bien al que se debe renunciar por motivos graves, pero que se acoge como tal cuando de hecho se ha dado. Clarificamos de este modo que los anticonceptivos no “conducen” al aborto, como a su consecuencia lógica, sino que son dos mentalidades que cuentan con un origen común. Por eso su incremento se da de modo concomitante.

La relación entre el fortalecimiento de la mentalidad anticonceptiva —y el incremento de las prácticas contraceptivas— con el de la mentalidad y la práctica abortiva no será la principal causa de la objeción de conciencia del farmacéutico a la producción y venta de medios anticonceptivos, puesto que ya hemos dicho que es una práctica mala en sí misma, sin necesidad de ulteriores agravantes. No obstante, tanto este hecho como la confusión terminológica que se está introduciendo en la comercialización de los medios *anticonceptivos*, algunos de los cuales actúan total o parcialmente como *abortivos*²¹, refuerzan la motivación que puede llevar al farmacéutico, ante la

¹⁹ Cfr. *Ibid.*, pp. 441-447.

²⁰ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 13: “pero los contravalores inherentes a la «mentalidad anticonceptiva» —bien diversa del ejercicio responsable de la paternidad y maternidad, respetando el significado pleno del acto conyugal— son tales que hacen precisamente más fuerte esta tentación, ante la eventual concepción de una vida no deseada”.

²¹ Cfr. KASZAK, G., voz “Mentalidad anticonceptiva”, cit., p. 775; LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 109-110; ver también lo comentado en el cap. VI de este trabajo.

imposición legal o contractual de trabajar con dichos preparados o dispositivos, a acogerse a la objeción de conciencia.

3. Métodos anticonceptivos y rol del farmacéutico

Bajo la denominación de métodos anticonceptivos podemos englobar todos aquellos sistemas que impiden el desarrollo normal de los gametos, su liberación o su fusión a través del empleo de productos químicos, biológicos o mecánicos²². En el capítulo precedente ya hemos definido bien la *anticoncepción*, distinguiéndola del aborto. También hemos hablado de la falacia de los argumentos que quieren hacer, de verdaderos métodos abortivos, *inocentes* prácticas anticonceptivas, para mermar sentimiento de culpa en la mujer que hace uso de ellos, o para *saltar* prácticas administrativas y legales en la comercialización de estos fármacos, que entorpecería el beneficio económico.

Se han hecho distintas clasificaciones de estos métodos artificiales para el control de la natalidad: según su modo de actuación (*antigametogénicos* o *anticoncepcionales*), o simplemente *físicos* o *mecánicos*, *químicos*, *biológicos*. Podemos hacer una breve descripción de los métodos más empleados, para facilitar la posterior comprensión de cada uno de ellos²³:

1. *Esterilización*: se puede realizar tanto en la mujer como en el varón, mediante *salpinguectomía* (esterilización tubárica en la mujer), o *vasectomía* (ligar el cordón deferente de ambos testículos del varón, con lo que se ve

²² Cfr. ARRÉBOLA, P., VACAS, J.S., *Aspectos legales y éticos de anticonceptivos y abortivos*, cit., p. 302; también es significativa la definición que hemos presentado en *Humanae vitae*, n. 14.

²³ Cfr., por ejemplo, ARRÉBOLA, P., VACAS, J.S., *Aspectos legales y éticos de anticonceptivos y abortivos*, cit., pp. 302-304; MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., pp. 286-289.

interceptado el paso de los espermatozoides). Es una técnica que no entra en el campo de acción profesional del farmacéutico, por lo que no nos detendremos a estudiarla con más profundidad.

2. *Métodos de barrera*: se trata del uso de sustancias o productos que establecen una barrera física o química que impide el paso de los espermatozoides, con lo que no se da la fecundación tras el contacto sexual. Entre los más conocidos están los métodos mecánicos, como el *preservativo –copula tecta–*, que consiste en realizar la unión sexual cubriendo el pene con una membrana (condón) que retiene el semen e impide la fecundación; o los *diafragmas vaginales*, que tienen el mismo efecto en la mujer. También existen los métodos químicos de barrera, como los *espermicidas vaginales*: son cremas, geles, óvulos, aerosoles espumantes, etc., que procuran la destrucción del esperma después de la relación sexual.

3. *Anticonceptivos hormonales*: son preparados que contienen, en diversa proporción, dos hormonas sexuales femeninas que tratan de impedir la ovulación o desprendimiento del óvulo, o el ascenso de los espermatozoides por el moco cervical del cuello del útero hacia las trompas de falopio. En caso de que fallase alguno de los anteriores mecanismos, impiden la nidación del óvulo fecundado en la cavidad uterina, mediante una acción sobre la motilidad del blastocisto en las trompas o sobre la mucosa uterina. Este último efecto, tal como hemos podido ver en el capítulo precedente, es abortivo. En cualquier caso, aunque ya lo demostraremos más adelante, podemos decir que los anticonceptivos modernos hacen prácticamente imposible la ovulación, y por lo tanto, el aborto precoz.

Pasando a la tipificación legal de los anticonceptivos en España, el *Real Decreto 3033/1978* dice, en el párrafo segundo de su preámbulo, que “dada la diversa naturaleza de los preparados o medios anticonceptivos, así como la diversificación de su empleo o aplicación y los posibles efectos que sobre la salud pueden producir, se precisa establecer determinadas distinciones

en su expendición, garantizando en todo caso el control sanitario sobre los mismos”²⁴. Según la naturaleza de que se habla, la expendición de preparados o medios contraceptivos se considerará sanitariamente reglamentada, y su venta o dispensación correrá –por considerarlos *medicamentos*, tal como veremos más adelante– bajo la responsabilidad de un farmacéutico. La norma concreta española establece las siguientes especificaciones acerca de los preparados o medios anticonceptivos:

1. *Anovulatorios o espermicidas*: tienen a todos los efectos la consideración de especialidades farmacéuticas, por lo que su autorización, registro, elaboración, distribución, prescripción y dispensación, así como los establecimientos en los que se desarrollen estas actividades, se regularán y registrarán por las normas contenidas en el *Decreto 767/93*, de 21.5.1993. La dispensación a través de las oficinas de farmacia se debe efectuar de acuerdo con las normas de prescripción y dispensación de la Orden Ministerial de 7.11.1985 y a lo establecido en la *Ley del Medicamento*, con lo que podemos establecer que efectivamente son de dispensación obligatoria en el territorio español. Están sometidos a régimen de receta médica obligatoria. En este grupo se incluye las denominadas “píldoras” anticonceptivas o anovulatorias.

2. *Medios mecánicos* (aisladores o dispositivos intrauterinos): tienen la consideración de *implantes clínicos, terapéuticos o de corrección*. Los más conocidos son el DIU y los diafragmas vaginales. Ya hemos hablado de ellos cuando tratábamos del DIU.

3. *Otros anticonceptivos*, preservativos, profilácticos, etc.: su expendición, venta o dispensación *podrán* efectuarse en las oficinas de farmacia y en otros establecimientos y lugares que determine o autorice la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Por tanto, al no ser de venta exclusiva en las farmacias, estos productos no deberían ser de tenencia obligatoria, como veremos más adelante. A pesar de todo, no dejaremos de

²⁴ *Real Decreto 3033/1978*, de 15.12.1978.

estudiarlos a fondo, puesto que el hecho de no ser de venta exclusiva farmacéutica no significa que no haya obligación por parte de las oficinas de farmacia de ofrecerlos al público, en virtud de la garantía pública de disponibilidad a los ciudadanos.

Así que el papel del farmacéutico en la tenencia y dispensación de los anticonceptivos es variado. En el ámbito de la oficina de farmacia, esta gradación va desde la obligatoriedad legal –en el caso de los anticonceptivos hormonales y químicos, que se consideran medicamentos y se someten a lo prescrito por la Ley del Medicamento²⁵–, hasta la total libertad para tenerlos y venderlos –en el caso de los preservativos, si no se establece legalmente lo contrario–. En el ámbito hospitalario, los medios anticonceptivos que son de uso exclusivo en ese medio –puesto que requieren una intervención médica para su implantación– son los diafragmas vaginales. El farmacéutico, en principio, debe administrarlos desde el almacén de medicamentos y productos sanitarios, aunque en general puede desentenderse, puesto que habitualmente los encarga, almacena y utiliza el mismo cirujano, sin necesidad de que medie el trabajo del farmacéutico. En el campo de la investigación o del trabajo en la industria, nos encontramos con una situación profesional análoga a la que hemos expuesto en el capítulo precedente del farmacéutico que trabaja en el desarrollo o producción de fármacos abortivos, salvando las distancias que caracterizan las diferencias entre un producto y otro, que veremos más adelante.

Pero ahora vamos a estudiar con detalle los distintos tipos de anticoncepción que hemos descrito, en orden a una clara exposición de las implicaciones legales y morales para el farmacéutico en su actuación profesional.

²⁵ Cfr. art. 8.1 Ley 25/1990, de 20.12.1990 (*Ley del Medicamento*).

B. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

1. Historia de la anticoncepción hormonal

El control hormonal del ciclo reproductor fue constatado en 1896 por Emile Knauer, al conseguir desarrollar los caracteres sexuales femeninos por implantación de ovarios en animales castrados. En 1926, Loewe y Lange descubrieron la presencia de hormona sexual femenina en la sangre de hembras de varias especies, cuya concentración variaba según el momento del ciclo menstrual en que se encontraban²⁶. Pero no fueron hasta fecha muy reciente los avances en fisiología de la reproducción humana y animal que permitieron demostrar sucesivamente, a lo largo de las décadas de 1930 y 40, la posibilidad de inhibir la ovulación con dosis parenterales u orales de progestágenos (Haberlandt, Bickenbach y Paulikovics)²⁷. Poco después se supo que los estrógenos solos a altas dosis también inhibían ese proceso, pero en ambos casos los efectos secundarios y riesgos colaterales eran considerables. Se estudió entonces la posibilidad de utilizar preparados compuestos por combinaciones de los dos principios, y así Pincus, Garcia y Rock llegaron a demostrar que la administración continuada por vía oral de 300 mg de *progesterona*, combinada con *etilbestrol* durante 3 meses impedía que la mujer quedara embarazada. El proceso culminó con la realización de una larga experimentación clínica humana controlada, ejecutada en Puerto Rico por estos tres investigadores, y paralelamente en Los Angeles por Tyler. La *Food And Drug Administration* aprobó esta combinación y en 1959 apareció en el mercado norteamericano el primer fármaco con la clasificación terapéutica de anticonceptivo oral para uso humano,

²⁶ Cfr. FOLCH, G., *Historia General de la Farmacia*, Sol, Madrid 1986, p. 567.

²⁷ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, en "Cuadernos de Bioética" 23 (1997), p. 662.

conocido como *Enovid*, y en Gran Bretaña en 1961 (contenía 150 µg de mestranol y 10 mg de noretinodrel). En España, el primer anticonceptivo oral se comercializó en 1964 con el nombre de *Anovial-21*²⁸.

Pero ya a finales de los 60 eran patentes los efectos cardiovasculares secundarios a la alta dosis de estrógenos, y se estableció en 50 µg el nivel máximo aceptable de estas moléculas. Se comenzaron a retirar del mercado los preparados conocidos como *píldora macro* (por sus altas dosis de estrógenos), aunque su retirada fue muy paulatina y en España estuvieron a la venta hasta hace más o menos 10 años. Y tal como hemos dicho en la exposición sobre las *píldoras del día siguiente*, las compañías farmacéuticas se embarcaron en la búsqueda de las mínimas dosis hormonales, que aseguraran la anticoncepción minimizando los efectos no deseados. Más adelante, en 1984, se vincularon los efectos cardiovasculares –que seguían presentes aun con bajas dosis de estrógenos– a los progestágenos, y al final de los 80 se impuso definitivamente la tendencia hacia la utilización de dosificaciones más bajas de estas hormonas: fue entonces cuando se desarrollaron los llamados progestágenos de *tercera generación (GIII)* –de los que ya hemos hablado anteriormente–, con menores efectos secundarios a nivel metabólico (*desogestrel* y *gestodeno*), pero objeto de reciente polémica por el posible aumento del riesgo tromboembólico que se les imputa²⁹.

En cualquier caso, tal como decíamos, el hecho de ir rebajando la dosis de las distintas hormonas que componen estos fármacos, ha ocasionado que cada vez sean menos anticonceptivos y más abortivos: bajando la dosis de estrógeno, aumenta la probabilidad de que el fármaco actúe por acción

²⁸ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 39-40.

²⁹ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 663.

endometrial, alteración del moco cervical y acción tubárica, más que inhibiendo la ovulación³⁰.

La difusión de la píldora anovulatoria ha sido extraordinaria, y aunque se han desarrollado simultáneamente otros sistemas anticonceptivos mecánicos, químicos y últimamente inmunológicos, la píldora sigue siendo el procedimiento reversible más utilizado, con unos 80 millones de usuarias en todo el mundo, con diferente incidencia según se trate de países desarrollados o en vías de desarrollo. En los últimos años el número de las usuarias de la píldora ha disminuido en las mujeres de más de 35 años y ha aumentado en las menores de 20, estabilizándose el número total de usuarias en la década de los 80. Entrando en el campo de la estadística, podemos comprobar que en Gran Bretaña, a principios de la década de los 90, se ha estimado que más del 50% de las mujeres entre los 18 y los 44 años utilizaban un método anticonceptivo reversible, y el 22% se habían esterilizado. Entre aquéllas que utilizaban el anticonceptivo reversible, más del 50% tomaban la píldora, poco más del 25% recurrían a los preservativos y el 12% al DIU, mientras que un porcentaje muy bajo utilizaba el diafragma o sustancias químicas³¹.

2. El ciclo menstrual femenino

Antes de pasar a explicar los distintos tipos de contraceptivos hormonales es muy conveniente que nos detengamos a estudiar escuetamente el

³⁰ Cfr. FOTHERBY, K., CALDWELL, D.S., *New progestogens in oral contraception*, en "Contraception" 49 (1994), pp. 1-9.

³¹ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., pp. 662-663.

ciclo menstrual de la mujer³². En el mismo intervienen una serie de hormonas del sistema endocrino, que desarrollan distintas funciones en diversos momentos del ciclo. La mayoría de los anticonceptivos actúan precisamente sobre estas hormonas, interfiriendo –como acción predominante– en el desarrollo normal del ciclo y haciéndolo anovulatorio.

En la parte del útero opuesta al cérvix se encuentran las dos *trompas de Falopio*, que desembocan en los llamados *cuernos* del útero. Las trompas tienen forma de embudo, llamadas en su parte más ancha fimbrias o ampollla. Estas trompas van disminuyendo de diámetro hasta desembocar en el útero donde el diámetro es menor –en la *zona intersticial* de la trompa, llamándose *istmo* la zona de menor sección–. Por las fimbrias, las trompas están abiertas al peritoneo, en la zona cercana a un *ovario*. Cada ovario tiene el tamaño de una almendra y en su parte superficial se producen los *folículos de Graaf*, lugar donde tiene lugar la producción de los óvulos. Los óvulos son recogidos por una de las ramificaciones de las fimbrias, que se acercan al ovario, envolviéndolo en el momento de la ovulación.

Con la pubertad, la mujer comienza a presentar los ciclos menstruales regulares que corresponden a un ciclo ovular, de aproximadamente 28 días de duración, regulado por el hipotálamo. Éste produce principalmente dos hormonas, la *luteinic hormone (LH)* y la *follicle stimulating hormone (FSH)*, de las que ya hemos hablado en el capítulo precedente. Por influencia de esta última hormona, se produce la maduración de los *folículos de Graaf*, que al desarrollarse comienzan la ovulación y la secreción de estrógenos. En cada ciclo sexual se produce la maduración simultánea de 5 a 10 óvulos, de los

³² Para este apartado nos hemos basado principalmente en GUYTON, A.C., HALL, J.E., *Tratado de fisiología médica* (10ª), cit., pp. 1118-1122; SADLER, T.W., LANGMAN, J., *Embriología médica* (6ª), Williams & Wilkins, Baltimore 1995, pp. 36-62; NORWITZ, E.R., SCHUST, D.J., FISHER, S.J., *Mechanism of disease: implantation and the survival of early pregnancy*, en "The New England Journal of Medicine" 345 (2001), pp. 1400-1408.

que habitualmente sólo uno llega a madurar totalmente, degenerando el resto. La secreción de los estrógenos por los folículos en maduración provoca una doble acción: la preparación del endometrio uterino para recibir al embrión en el supuesto de que se dé la fecundación y la estimulación de la hipófisis para que produzca *LH*. Esta hormona es necesaria para que se concluya la maduración y la expulsión del ovocito. Cuando se produce la ovulación, es decir la expulsión del ovocito, el resto de células del *folículo de Graaf* que quedan en el ovario forman el *cuerpo lúteo*. El *cuerpo lúteo* comienza a producir progesterona, que junto con los estrógenos hace que la mucosa uterina alcance la madurez, pudiendo recibir al embrión en caso de que el óvulo sea fecundado.

Poco antes de la ovulación, las fimbrias de las trompas de Falopio cubren la superficie del ovario y comienzan unas contracciones musculares rítmicas en el oviducto de la trompa, que junto con los movimientos de los cilios de las células epiteliales del oviducto –conducto interno de las trompas por donde se conduce el óvulo– transportan al ovocito hacia el útero³³. El movimiento ciliar produce un transporte a velocidad constante del óvulo en la zona de la ampolla. Sin embargo en el istmo el transporte sólo se produce por la actividad muscular contráctil. Esta actividad en un 60% empuja al óvulo hacia el útero y en un 40% lo hace hacia el ovario, por lo que el embrión va y viene, siempre con cierta tendencia hacia el útero. También estos movimientos varían durante el ciclo menstrual, siendo al 100% en dirección al útero en el momento de la menstruación, para evitar que la sangre producida llegue al abdomen. Cualquier trastorno en la fisiología del oviducto seguramente afectará al transporte del eventual embrión. Otro factor que influye en los movimientos de la trompa es la edad de la mujer, pues entre los 35 y los 44 años es más probable que la actividad tubárica sea

³³ PULKKINEN, M.O., TALO, A., *Considerazioni di fisiologia tubarica nella gravidanza ectopica*, en "La Clinica Ostetrica e Ginecologica" 30 (1999), pp. 364-376.

insuficiente, aumentando las posibilidades de que se dé un embarazo ectópico.

Si no se produce la fecundación, el *corpo lúteo* degenera y se produce el *corpus albicans*. Así, se deja de producir progesterona, lo que provoca el descascarillamiento y la caída de la mucosa uterina o endometrio (*menstruación*), produciéndose su expulsión y junto con ella la del óvulo. En el caso de que se produzca la fecundación del óvulo, el embrión en sus primeras fases de desarrollo, cuando llega a la fase de *blastocisto*, comienza a producir la *hCG* (*human Chorionic Gonadotropin*). Esta hormona promueve el crecimiento del *corpo lúteo*, por lo que continúa la producción de progesterona, que a su vez permite que el útero prosiga la preparación para la nidación en él del embrión.

3. Clasificación y mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales

a) Clasificación

Ya hemos visto que las píldoras anovulatorias usadas actualmente constan de un estrógeno y un progestágeno en todos sus comprimidos, que ejercen una acción similar a la de los estrógenos y progestágenos producidos de forma natural por el ovario, de manera que interfieren con los complejos mecanismos hormonales que regulan la actividad reproductiva de la mujer, mediante un antagonismo competitivo –a nivel de los órganos diana– de las hormonas naturales, y la alteración artificial de la secuencia temporal de éstas.

El estrógeno más usado actualmente es el *etinil-estradiol*; entre los progestágenos presentes en los diversos preparados comercializados, los más usados son los derivados de la *19-nortestosterona* (*levonorgestrel*, *norestisterona*, *noretinodrel*, etc.), aunque recientemente se han añadido a ellos las moléculas con baja actividad androgénica (*desogestrel*, *gestodeno*, *norgestimato*)

–constitutivos de las llamadas píldoras de *tercera generación (GIII)*–, o con actividad directamente antiandrogénica (*ciproterona acetato*)³⁴.

Dentro de esta gran familia farmacológica, existen en la actualidad 3 tipos de formulaciones³⁵:

1. Las píldoras *monofásicas*: cada píldora activa contiene una dosis constante de estrógeno y progestágeno a lo largo de todo el ciclo, y se subdividen según su dosificación concreta de estrógeno, que es la hormona limitante, ya que determina la mayor parte de los efectos adversos:

- *Macropíldoras*: 100 µg de *etinil-estradiol*;
- *Normopíldoras*: 50 µg de *etinil-estradiol*;
- *Minipíldoras*: 40, 30 o 20 µg de *etinil-estradiol*.

2. Píldoras *bifásicas*: la dosis de progestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo.

3. Píldoras *trifásicas*: la dosis de estrógeno se incrementa a la mitad del ciclo, mientras que la de progestágeno, inicialmente baja, va aumentando a lo largo del ciclo.

b) Mecanismo de acción

En cuanto al mecanismo de acción de la píldora *estro-progestágena*, podemos decir que principalmente tiene cuatro lugares de actuación: el eje hipotalámico-hipofisario-ovárico, el endometrio uterino, las trompas de Falopio y el cérvix o cuello del útero. Está descrito, además de la conocida

³⁴ REBAR, R.W., ZESERSON, K., *Characteristics of the new progestogens in combination oral contraceptives*, en "Contraception" 44 (1991), pp. 1-10.

³⁵ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 664; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 869-870.

actividad anovulatoria –en razón de la cual, asociada con otras actividades, este preparado se concibe como *contraceptivo*–, cierto mecanismo *abortivo*: en algunas ocasiones (sobre todo en caso de incumplimiento de la pauta, olvido de alguna toma, etc.), se llega a la ovulación; si a ésta se sigue una fecundación, veremos que la píldora actúa como abortivo. Vamos a estudiar también en qué proporción se da este efecto, lo cual no es indiferente a la hora de establecer un juicio moral sobre la cooperación del farmacéutico a su proceso de comercialización. Pero, en orden a una buena comprensión del problema, detengámonos a estudiar a fondo el modo de acción del medicamento en los distintos órganos del aparato reproductor femenino³⁶:

1. *Eje hipotalámico-hipofisario-ovárico*: tal como veremos, se trata del principal mecanismo de acción de la píldora anticonceptiva. Inhibe la actividad de este sistema, por lo que las gonadotropinas hipofisarias (las ya mencionadas *FSH* y *LH*) no experimentan el incremento que se verifica en los primeros días del ciclo menstrual normal, con el fin de estimular el crecimiento de los folículos ováricos, de tal manera que permanecen a niveles bajos. La consecuencia es que el ovario, que no ha sido estimulado por las gonadotropinas, no produce ni óvulos ni las hormonas propias de la fase postovárica del ciclo (estrógenos y progestágenos). A nivel de los ovarios también se verifica una reducción de los receptores para las gonadotropinas.

³⁶ Cfr. DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 866-871; BAIRD, D.T., GLASIER, A., *Hormonal contraception*, en "The New England Journal of Medicine" 328 (1993), pp. 1543-1549; AZNAR, J., *La cara oculta del aborto*, en "Cuadernos de Bioética" 5 (1991), pp. 28-29; CHANG, M.C., *Development of the oral contraceptives*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 182 (1978), pp. 217-219; MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., pp. 665-668; LÓPEZ GUZMÁN, J., *El farmacéutico en la elaboración, promoción y dispensación de abortivos*, cit., pp. 294-295.

La inhibición de la ovulación por parte de la píldora estro-progestágena puede considerarse, por lo tanto, un efecto mediado por la hipófisis y el hipotálamo; la inhibición del desarrollo endometrial y las modificaciones en el moco cervical son, en cambio, tal como veremos, efectos directos de la misma píldora.

La acción inhibitoria sobre el hipotálamo y la hipófisis es dosis-dependiente: se ha visto que una dosis de 70-100 μg de estradiol suprime el pico de *LH* y reduce la secreción de *FSH*, mientras que una dosis inferior a 50 μg determina un incremento de la producción de *LH*. Porque efectivamente la primera acción que lleva a cabo el estradiol es la de bloquear la subida de *FSH* al inicio del ciclo y hacer más lento el crecimiento folicular: en un tercio de los casos, a pesar de todo, los folículos ováricos llegan al estadio de *folículo dominante*, que es el que lleva a cabo la mayor producción de estrógenos, que a su vez pueden estimular el incremento de la producción de *LH*.

Se ha detectado también que si se suministra el estradiol durante más de dos semanas, la respuesta del hipotálamo y la hipófisis a su acción inhibitoria va en progresivo decremento, así que incluso con dosis diarias superiores a 100 μg se podrían verificar algunas ovulaciones. Éste es el motivo por el cual se asocia siempre un progestágeno al estrógeno, para asegurar la acción inhibitoria –a nivel del eje– de la actividad estrogénica. Así, mediante su acción anti-estrogénica, determina la consiguiente reducción o retraso de la secreción de *LH*. A pesar de todo, en mujeres con el ciclo breve o un nivel estrogénico elevado, o que han empezado a tomar la píldora con cierto retraso, el progestágeno puede no llegar al hipotálamo antes de que se dé el pico de la *LH*, o llegar a concentración insuficiente, por lo que cabría la posibilidad de una ovulación³⁷. Pero el progestágeno, tal como veíamos, actúa también a nivel del endometrio uterino³⁸.

³⁷ Hay que tener en cuenta, además, la biodisponibilidad y farmacocinética-farmacodinámica de estos compuestos: muchos factores como la dieta, la toma

2. *Endometrio uterino*: este efecto se da sobre todo en las píldoras de última generación (*GIII*), en las cuales se ha reducido al máximo la cuota estrogénica para minimizar sus efectos secundarios. Notemos, a pesar de todo, que la acción de la píldora estro-progestágena en el endometrio está mediada por el progestágeno³⁹, y en gran medida consiste en lo que hemos comentado al estudiar la RU486; el progestágeno bloquea la neosíntesis de los receptores de los estrógenos y progestágenos, mientras que el estrógeno –que ha sido administrado contemporáneamente, y del cual depende la neosíntesis de los receptores– no ha llegado a restablecer la cantidad de éstos. El efecto inmediato es que, disminuyendo el número de receptores, se reduce también la respuesta a las hormonas, efecto que se encuentra también en el período de suspensión del tratamiento, presente en cada ciclo⁴⁰.

La consecuencia lógica de la reducción del número de receptores es una serie de modificaciones morfológicas del endometrio, entre las que destaca una hipoplasia o atrofia glandular (disminución del número o ausencia de glándulas, de su diámetro o de su longitud); reducción de la multiplicación celular; hipodesarrollo del tejido intersticial, frecuentemente edematoso;

concomitante de otros fármacos, el tabaco, etc., pueden interferir con estas dos hormonas, modificando la concentración en sangre y, por lo tanto, sus efectos (cfr. FOTHERBY, K., *Bioavailability of orally administered sex steroid used in oral contraception and hormone replacement therapy*, en "Contraception" 54 (1996), pp. 59-69).

³⁸ Cfr. LOBO, R.A., STANCZYK, F.Z., *New knowledge in the physiology of hormonal contraception*, cit., pp. 1499-1507.

³⁹ Cfr. JOHANNISSON, E., LANDGREN, B.M., ROHR, H.P., *Endometrial morphology and peripheral hormone levels in women with regular menstrual cycle*, en "Fertility and Sterility" 48 (1987), pp. 401-408.

⁴⁰ Cfr. LANDGREN, B.M., DADA, O., AEDO, A.R., *Pituitary, ovarian and endometrial effect of 300 µg norethisterone and 30 µg levonorgestrel administered on cycle days 7 to 10*, en "Contraception" 41 (1990), pp. 569-581.

vascularización casi ausente, con presencia de arteriolas morfológicamente atípicas y aparición de estasis hemática; y decidualización abortiva o transformación secretoria transitoria e incompleta del endometrio. De aquí la imposibilidad de nidación de un óvulo eventualmente fecundado en el endometrio uterino, con el consiguiente aborto. Aunque los efectos antiimplantatorios descritos son bastante aparentes, ya se tiene este efecto como consecuencia de complicaciones metabólicas cuantitativa y cualitativamente mucho más sencillas, como por alteraciones enzimáticas menores⁴¹.

3. *Trompas de Falopio*: la píldora anovulatoria, en particular su componente progestágena, altera la motilidad en las trompas de Falopio, obstaculizando el paso de los espermatozoides –alteración de la capacitación cinética y dificultad para encontrar nutrientes–. Tras la eventual concepción, se impediría también el transporte del embrión hacia el útero⁴². A nivel histológico las causas del enlentecimiento de este transporte son el aumento del número de células ciliadas y del ritmo del batido ciliar.

Por otro lado, tal como veíamos, un transporte retardado puede conllevar una implantación precoz del embrión en la mucosa tubárica (constituyendo un eventual embarazo ectópico); también puede ocurrir que el embrión llegue demasiado tarde a la cavidad uterina, de manera que no logre implantarse por encontrar un endometrio demasiado maduro (*desincronización endometrial*).

⁴¹ Cfr. SOMKUTI, S.G., SUN, J., YOWELL, C.W., *The effect of oral contraceptive pills on markers of endometrial receptivity*, en "Fertility and Sterility" 65 (1996), pp. 484-488. Para constatar la precisión y sincronización fisiológica que se requiere, tanto por parte del embrión como del endometrio, para que se lleve a cabo con éxito la nidación, no hay más que ver el alto porcentaje de concepciones que fallan a este nivel, desencadenando abortos precoces espontáneos. Esta proporción nos ayuda a comprender la causa por la que una pequeña modificación en la fisiología del endometrio ya provoca el aborto.

⁴² Cfr. EDGREN, R.A., STURTEVANT, F.M., *Potencies of oral contraceptives*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 125 (1976), pp. 1029-1038.

4. *Cuello uterino*: la píldora estro-progestágena altera la estructura del cérvix del útero, en el que se ve una reducción del número de glándulas cervicales, su longitud y su diámetro. Estas alteraciones están mediadas por la reducción de los receptores de los estrógenos y progestágenos, tal como ocurre en el endometrio. El moco producido por el cuello modificado de este modo es prevalentemente de tipo gestagénico (tal como se encuentra en el período gestacional: muy denso y viscoso), e impide la subida de los espermatozoides, en los que a la vez se verifica un efecto aglutinante directo, con inhibición de su capacidad motora⁴³.

Este efecto también es dosis-dependiente, de tal manera que sólo un nivel hemático constante de progestágeno –lo cual a menudo no es posible lograr– podría asegurar la presencia de esta barrera mecánica tras la administración de la hormona. Pero también tenemos que decir que una inhibición crónica de la secreción mucosa del cérvix podría conducir también a su atrofia, con asociación de una reducción o ausencia del moco de tipo gestagénico: acabaría faltando, cuando ésto se llevara a cabo, la barrera que representaba este moco impermeable a los espermatozoides.

Podemos concluir este apartado diciendo que los efectos producidos tanto por el segundo mecanismo como por el tercero pueden hacer que la píldora anovulatoria se comporte como un abortivo precoz, mediante anti-implantación –de modo análogo a como lo hacían los que se llaman *anticonceptivos de emergencia*–. Ahora bien, ¿en cuántos y qué casos se presenta el efecto abortivo de la píldora anticonceptiva? Es un asunto que trataremos más adelante.

⁴³ Cfr. BOETTCHER, B., *A possible mode of action of progestagen-only oral contraceptives*, en "Contraception" 8 (1973), pp. 123-131.

c) Efectos secundarios

Aunque de los efectos secundarios ya hemos hablado en el epígrafe en que tratábamos de la *anticoncepción de emergencia*, vale la pena que resaltemos las consecuencias de un hecho que ya hemos comentado, a saber: últimamente, además del uso de progestágenos de baja actividad androgénica, se tiende a reducir la cuota de estrógenos en las combinaciones comercializadas, hasta llegar a 10 µg de etinil-estradiol, para limitar los daños provocados en el organismo de la mujer⁴⁴. A estas dosis, para que la píldora pueda llegar a la concentración mínima eficaz de su efecto, es necesario que se administre crónicamente, con todos los riesgos que esto comporta para los diversos órganos y aparatos, imputables sea al estrógeno que al progestágeno: el organismo de la mujer está sometido perpetuamente, sin el llamado *período de vacaciones* –los 7 días al mes en que no se toman los anticonceptivos tradicionales–, a una alteración de los ritmos hormonales normales, con lo que se resienten el hígado, el metabolismo de los azúcares y la producción de insulina por el páncreas, el metabolismo de las grasas –colesterol y triglicéridos–, la tiroides, el riñón, y sobre todo los mecanismos que regulan la presión arterial y la coagulación sanguínea.

De hecho, alrededor de un 60% de las pacientes usuarias de anticoncepción oral discontinúan su uso por alguna razón. Vamos a revisar brevemente los posibles riesgos del uso continuado de la píldora anticonceptiva⁴⁵:

1. *Tromboembolismo venoso*: los anticonceptivos orales aumentan de 3 a 6 veces el riesgo de esta enfermedad. Se esperaba, pero está por confirmar, que los preparados minidosificados disminuyeran el riesgo –por atribuirse

⁴⁴ GOLDZIEHER, J.W., *Are low-dose oral contraceptives safer and better?*, en “American Journal of Obstetrics and Gynaecology” 171 (1994), pp. 587-590.

⁴⁵ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., pp. 668-670; ÁLVAREZ DE LA VEGA, F., *Ética de la dispensación de contraceptivos*, cit., pp. 57-58; APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 43-46.

a la dosis de progestágenos–; de hecho, la introducción de los nuevos gestágenos (los llamados *GIII*), ha sido objeto de reciente polémica con la noticia de datos procedentes de un informe del *British Committee on Safety of Medicine*, quien afirmaba que estos preparados se asocian al doble de riesgo de tromboembolismo que los constituidos por otros gestágenos y, en base a ello se estaba estudiando su retirada del mercado inglés. La incidencia de enfermedad tromboembólica en mujeres que no emplean anticonceptivos hormonales es de 5/100.000; con el uso de la píldora estro-progestágena típica se incrementa como mínimo a 15/100.000; y con el uso de las *GIII* llega hasta a 30/100.000⁴⁶.

2. *Infarto de miocardio*: el riesgo en conjunto aumenta aproximadamente de 3 a 5 veces en las usuarias de anticonceptivos orales y ello varía en relación con el hábito de fumar y con la edad. Entre las fumadoras de entre 35 y 44 años, el riesgo aumenta hasta 1/2.000 mujeres, mientras que entre las no fumadoras el riesgo se mantiene por debajo de 1/6.000. Por encima de los 45 años, si bien muy pocas toman la píldora, las respectivas cifras son 1/550 entre las fumadoras y 1/2.500 para las no fumadoras. Está, pues, claro el motivo por el que una de las contraindicaciones de los anticonceptivos orales es el tabaquismo por encima de los 35 años.

3. *Accidente vascular cerebral*: la píldora anovulatoria duplica el riesgo de ictus hemorrágico. El riesgo de ictus agudo trombótico aumenta varias veces, hasta un índice conjunto de mortandad de 1/10.000 mujeres, y el riesgo de ictus agudo no fatal entre 2-4/10.000 mujeres al año.

4. *Hipertensión*: estos preparados causan un aumento de la tensión en la mayoría de las mujeres, aumento que se encuentra entre 4,5 y 9 mmHg para la tensión sistólica y entre 1,5 y 9 mmHg para la diastólica.

⁴⁶ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., pp. 668-669.

5. *Cáncer*: son efectos conocidos también, la mayor incidencia a largo plazo de cáncer de cuello de útero y cérvix. Aumenta el riesgo de malformaciones fetales (teratogénesis). Aumenta la esterilidad, siendo los anticonceptivos orales uno de los factores de riesgo más importantes. A pesar de todo, no se dispone de conclusiones relevantes respecto a la carcinogénesis por ingestión habitual de anticonceptivos orales, ya que por ejemplo el carcinoma de cérvix se comporta como una *ETS (enfermedad de transmisión sexual)*; por lo tanto es imposible estar seguro de que los efectos de un método que no es de barrera no se deban a los hábitos sexuales de estas mujeres.

6. "Uno de los efectos secundarios descritos por los ginecólogos, que muchos afirman que por su frecuencia es lo más grave de cualquier tipo de contraceptivos, son las *alteraciones psíquicas*: llegan a crear dependencia, síntomas de depresión y frigidez, alteración en la conducta dando lugar a un psiquismo egocéntrico, rompe con los componentes psicofisiológicos de una vida sexual normal, va perdiendo el respeto a la vida, lo que concuerda con que aumenta el número de abortos en aquellos países en los que se ha promovido el uso de anticonceptivos"⁴⁷.

Estos efectos, aunque dependen del tipo de píldora, dosis y persona, hacen que como criterio general nunca se tomen estos preparados sin un examen médico previo, y un control periódico cada tres meses mientras se están utilizando. Asimismo, tanto entidades internacionales de sanidad como la OMS recomiendan, respecto a los efectos secundarios⁴⁸:

1. Reconocimiento previo para determinar causas de contraindicación absoluta como: alteraciones cardíacas, vasculares con flebitis o varices, alteraciones de la coagulación de sangre, diabetes, afecciones hepáticas (como la cirrosis), alteraciones en la menstruación, casos de obesidad asociada a

⁴⁷ MELGAR RIOL, J., *Objeción de conciencia y Farmacia*, cit., p. 45.

⁴⁸ Cfr. *Ibidem*.

altos niveles de colesterol, epilepsia, glaucoma, existencia de historia familiar de tumores malignos.

2. Limitar su uso a partir de los 35 años, pues incrementa el riesgo de alteraciones. No deben tomarlo las fumadoras con más de 10 cigarrillos/día o personas jóvenes antes de que el ciclo esté regularizado.

3. Realizar pausas, de al menos un mes cada tres meses, por peligro de atrofia ovárica y de esterilidad permanente. Se suele decir que un año de anticonceptivos supone un envejecimiento de 10 años del ovario.

A la hora de valorar la posible objeción del farmacéutico a la venta de estos productos, será muy importante tener en cuenta los muchos efectos secundarios que pueden provocar y las muchas contraindicaciones que presentan, y por lo tanto la amplitud de la población de riesgo.

d) Posible abortividad de la píldora anticonceptiva

Tal como hemos dicho, es evidente que el efecto de la píldora estroprogestágena no se debe sólo a la prevención de la ovulación y a la inhibición del progreso espermático y su capacidad, sino también a la alteración del transporte del eventual embrión y al impedimento de su implantación y desarrollo⁴⁹. Pero también decíamos que el primer punto que había que esclarecer en la valoración del potencial abortivo de estos fármacos es *cuántas veces* falla el efecto anovulatorio –o en cualquier caso anticonceptivo–.

La anovulación es próxima al 100% en los preparados que contienen dosis altas de estrógenos (como cercanas a 1 mg de 17-β-estradiol)⁵⁰. Pero el hecho de que las píldoras con bajas dosis de estrógenos (< 50 µg) no blo-

⁴⁹ Cfr. CHANG, M.C., *Development of the oral contraceptives*, cit., pp. 217-219.

⁵⁰ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 666; LÓPEZ GUZMÁN, J., APARISI MIRALLES, A., *La píldora del día siguiente*, cit., pp. 41-42; MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., p. 289.

quean completamente la actividad hipotalámico-hipofisaria, favoreciendo el desarrollo folicular, ha sido puesto en evidencia ya en los principios de los años 80, y se ha confirmado en estudios sucesivos, que demuestran que esta situación se da en el uso de píldoras compuestas por 35 µg de etinil-estradiol + 0,75 mg de levonorgestrel, o por 35 µg de etinil-estradiol + 0,4 mg de noretindrona⁵¹. La inhibición parcial del desarrollo folicular se ha observado también como consecuencia del uso de píldoras que contienen sólo 20 µg de etinil-estradiol + 75 µg de gestodeno, administradas durante 23 días, aunque no se han registrado luteinizaciones, con lo que no hay certeza de que se haya producido la ovulación⁵². Otros autores, aun frente a niveles de LH y de FSH que justifican un bloqueo incompleto, aseguran que no suben los niveles de estradiol⁵³. Esto no hace más que confirmar que el potencial abortivo de la píldora estro-progestágena está sobre todo ligado a las píldoras de última generación, aunque se encuentra también en cierta medida en las otras.

Di Pietro y Minacori⁵⁴ llevan a cabo un estudio bibliográfico mediante el cual tratan de esclarecer si los folículos ováricos –que hemos visto que sí que pueden llegar a desarrollarse sobre todo en el tratamiento con píldora anovulatoria a bajas dosis de estrógeno– están en condiciones de liberar un

⁵¹ Cfr. SPELLACY, W.N., KALRA, P.S., BUHI, W.C., *Pituitary and ovarian responsiveness to a graded gonadotropin releasing factor stimulation test in women using a low-estrogen or a regular type of oral contraceptive*, en "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 137 (1980), pp. 109-115.

⁵² Cfr. SPONA, J., ELSTEIN, M., FEICHTINGER., W., *Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development*, en "Contraception" 92 (1996), pp. 71-77.

⁵³ Cfr. GASPARD, U.J., DUBOIS, M., GILLAIN, D., *Ovarian function is effectively inhibited by a low-dose triphasic oral contraceptive containing ethinylestradioal and levonorgestrel*, en "Contraception" 29 (1984), pp. 305-318.

⁵⁴ Cfr. DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, cit., pp. 872-875.

óvulo. En algunos casos de distintas combinaciones estro-progestágenas el crecimiento folicular sí que ha ido acompañado de ovulación, aunque siempre en un porcentaje muy bajo respecto al grupo poblacional estudiado. En otros, en cambio, a un crecimiento folicular (incluso hasta llegar al estadio de *dominante*) no ha seguido ovulación en ningún caso. A la luz del estudio realizado, la conclusión es que, en caso de uso "regular" de la píldora anticonceptiva, estadísticamente se pueden verificar *6,48 ovulaciones cada 200 ciclos de administración de la píldora*. El fenómeno crece en el caso en que la píldora estro-progestágena no se administre siempre que está establecido, sea por olvido⁵⁵ o por otros motivos, como la respuesta individual de cada mujer (la biodisponibilidad de los medicamentos varía mucho de persona en persona, lo cual hace que la farmacocinética-farmacodinámica también se vea alterada según el individuo que los toma y el día o momento del día en que lo hace).

Pero la afirmación de que con la administración de la píldora anticonceptiva se pueden verificar ovulaciones no significa que en ese caso siempre se dé un aborto puesto que, entre las mujeres que efectivamente han experimentado una ovulación, no todas van a concebir, tanto por razones fisiológicas como porque la píldora tiene otros mecanismos de acción anticonceptivos. Así, hay que estudiar también cuántas veces falla el mecanismo anticonceptivo de modificación del moco cervical, en caso de que falle, y cuáles son exactamente las modificaciones del endometrio uterino. Entre los pocos estudios al respecto, creemos que el más riguroso es el que llevaron a cabo Widholm y Alapiessa en 1977. Fue realizado en 4 mujeres, que tomaban Fysioquens (50 µg de etinil-estradiol durante 7 días y 50 µg de etinil-estradiol + 1 mg de lynestrenol durante 15 días), sometidas a controles hormonales, de histología endometrial y del moco cervical (*Ferning test*),

⁵⁵ Cfr. LANDGREN, B.M., CSEMICZKY, G., *The effect on follicular growth and luteal function of missing the pill. A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive*, en "Contraception" 43 (1991), pp. 149-159.

durante el 1º, 3º y 6º ciclo de administración. No se dieron ovulaciones. La histología endometrial evidenciaba una mucosa hipoplástica o atípicamente secretoria; en 9 controles sobre 12 el moco cervical resultaba alterado en sentido gestagénico –impermeable a los espermatozoides–, lo cual no se daba en los otros 3 casos, en los que, entre otras cosas, el endometrio era irregular⁵⁶.

Pero se trata de un efecto muy difícil de establecer empíricamente, por la elevada sensibilidad del cuello del útero a la acción de las hormonas: incluso en el curso de un ciclo no contraceptivo las cualidades fisiológicas del moco cervical pueden cambiar rápidamente en el curso de 48 horas en los dos sentidos, entre el tipo estrogénico y el gestagénico. Por lo tanto, según Di Pietro y Minacori, la posibilidad de que el mecanismo de barrera del moco cervical falle, en el caso de la administración “regular” de la píldora estro-progestágena, es tal que consiente *50 pasos de espermatozoides cada 200 ciclos anticonceptivos*, esto es, 3 veces al año⁵⁷. En cuanto al efecto sobre el endometrio, es un tema que ya hemos tratado.

En definitiva, y a modo conclusivo, los datos que hemos expuesto hasta aquí sugieren que, sobre una muestra no seleccionada de mujeres en edad fértil que toman de modo “regular” la píldora estro-progestágena, hay la probabilidad de que se verifiquen, teniendo presente que la frecuencia de la fecundación por ciclo equivale al 25% de las ovulaciones en condiciones normales y corregidas según la edad, *1,55 fecundaciones cada 200 ciclos, esto es, cada 16 años de asunción de anticonceptivos*. Como es sabido, el Índice de Pearl de la píldora estro-progestágena –el número de embarazos sobre 100 mujeres, que durante 12 ciclos han tomado la píldora con intención contra-

⁵⁶ Cfr. WIDHOLM, O., ALAPIESSA, U., *The biological effects of a new modified sequential oral contraceptive*, en “Contraception” 15 (1977), pp. 1-13.

⁵⁷ Cfr. también ULSTEIN, M., MYKLEBUST, R., *Ultrastructure of cervical mucus and sperm penetration during use of a triphasic oral contraceptive*, en “Acta Obstet. Gynecol. Scand.” 105 (1982), pp. 45-49.

ceptiva: esto es, que utilizan el contraceptivo un año, con la posibilidad teórica de que cada una pudiera concebir doce veces en ese año— está entre el 0,07 y el 0,5%, índice que puede variar en el caso de que la píldora se administre de modo “irregular” (olvido de una toma, etc.). Si situamos tal *Índice* en el valor medio, es decir, en el 0,28%, y siendo la posibilidad de fecundación durante la toma de la píldora estro-progestágena de 1,55 cada 200 ciclos, el número de abortos durante la toma de la píldora es equivalente a 1,5 cada 200 ciclos (16 años)⁵⁸. En otras palabras, en el mejor de los casos, una mujer que usa la píldora anovulatoria durante 15 años, debe esperar que destruirá 1,5 embriones, o uno cada 10 años. También es cierto que muy pocas mujeres toman la píldora durante un tiempo tan prolongado sin interrupción.

Este dato es estadístico, y nos hace hablar de *probabilidades* porque, mientras que se dispone de tecnología suficiente para averiguar cada uno de los mecanismos de acción de la píldora anovulatoria, no hay datos objetivos para cuantificar las fecundaciones que han tenido lugar, ni tampoco los eventuales abortos. Los sistemas de detección de los marcadores del embarazo, como la hCG, no son fiables en el caso de los abortos precoces, ya que el embrión en sus primeras fases aún no ha producido esta hormona.

4. Anticoncepción hormonal y tratamiento hormonal

Alguno de los argumentos aducidos a favor de la venta de los preparados hormonales que se usan con finalidad anticonceptiva (uso *ilícito*) es precisamente que a menudo tienen otras indicaciones *lícitas*, que hacen que

⁵⁸ Cfr. BAYLE, B., *L'activité antinidatoire des contraceptifs oraux*, en “Contraception Fertilité Sexualité” 22 (1994), pp. 391-395; DI PIETRO, M.L., MINACORI, R., *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri “contraccettivi”*, cit., pp. 879-880; MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 668.

sea exigible su tenencia y dispensación. Vamos a tratar de resolver brevemente esta cuestión. Habría que establecer la diferencia entre los preparados farmacéuticos cuya única indicación es la contracepción y otros que pueden ser indicados como tratamiento de diversos procesos patológicos. “Es interesante la distinción puesto que los anticonceptivos no siempre son medicamentos y la anticoncepción no tiene por qué estar ligada a un acto médico: por poner sólo algún ejemplo, las máquinas expendedoras de preservativos, el *coitus interruptus* y en el otro extremo, los métodos naturales de regulación de la natalidad son utilizados sin implicar necesariamente a ninguna profesión sanitaria”⁵⁹.

En este sentido, el Magisterio señala que el uso terapéutico de los llamados anticonceptivos hormonales puede ser moralmente lícito: “la Iglesia, en cambio, no retiene de ningún modo ilícito el uso de los medios terapéuticos verdaderamente necesarios para curar enfermedades del organismo, a pesar de que se siguiese un impedimento, aun previsto, para la procreación, con tal de que ese impedimento no sea, por cualquier motivo, directamente querido”⁶⁰. Desde el punto de vista moral se trata de una esterilización temporal indirecta.

Habría que ver, a pesar de todo, la proporcionalidad entre el medio utilizado y el fin que se persigue, esto es, entre el efecto contraceptivo del medicamento que se administra y la gravedad de la enfermedad que se persigue curar. Este es un punto difícil de esclarecer, ya que el grado de gravedad a menudo es un parámetro muy subjetivo, pudiendo constituir un problema médicamente leve como el hirsutismo o el acné en edad madura un verdadero trauma para la mujer. También hay que tener en cuenta que la píldora estro-progestágena, en estos casos, se usa como medio *terapéutico* en una enfermedad que no tiene nada que ver con el eventual emba-

⁵⁹ MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 662.

⁶⁰ *Humanae vitae*, n. 15.

razo, no como medio profiláctico en caso de la presencia de patologías que podrían verse agravadas por una gestación –esto es, como medio para no quedar embarazada, dándoles entonces un uso verdaderamente *anticonceptivo*–.

Entre los anticonceptivos hormonales descritos más arriba, hay algunos cuya única indicación es exclusivamente anticonceptiva, y no se usan habitualmente como tratamiento de ninguna patología ginecológica. Es el caso de las píldoras *minidosificadas* (< 50 µg de estrógeno), sean monofásicas o trifásicas, la minipíldora de *progestágeno* solo, etc. En estos casos, por lo tanto, el farmacéutico no tiene dudas acerca del acto que está llevando a cabo cuando las dispensa, puesto que de su acción se derivará un único y unívoco uso. Sin embargo, los preparados con más de 50 µg de estrógeno suelen usarse con mayor o menor acierto en algunas patologías, como son la dismenorrea o trastornos menstruales, quistes ováricos funcionales, hirsutismo –en este caso sobre todo las píldoras que contienen un progestágeno con acción antiandrogénica, como la *ciproterona*–, acné, etc. Para estas indicaciones se usan especialidades como el *Diane 35*, el *Neolyndiol* o el *Ovoplex*. También se empezaron a utilizar formulaciones con menos estrógeno, pero asociado con progestágenos clásicos como el *levonorgestrel*, en vez de los nuevos progestágenos, como por ejemplo la especialidad *Mycroginon*. Los progestágenos de depósito por vía intramuscular se utilizan en determinadas patologías tumorales⁶¹.

En algunos países la única indicación que se da a los llamados anticonceptivos orales es precisamente la contraceptiva. En otros como España, en cambio, se los ha presentado como dotados de todo un abanico de indicaciones terapéuticas⁶². Así, últimamente se ha insistido en los llamados beneficios del uso a largo plazo de la anticoncepción hormonal, como la

⁶¹ Cfr. MARCUELLO, A.C., *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, cit., p. 670.

⁶² Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 127.

reducción de la incidencia de embarazos ectópicos respecto a otros medios anticonceptivos o abortivos, como el DIU; reduce en un 40% el riesgo de cáncer de ovario respecto de las no usuarias, por inhibición del crecimiento folicular con consiguiente bloqueo de crecimientos “irregulares”; el mismo índice se da en el riesgo de cáncer de útero; también reduce la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, no protegiendo contra *ETS* de origen viral pero sí de origen bacteriano (en un 50%); y algunos estudios atribuyen también una disminución del 17% de riesgo de fibromiomas por cada 5 años de uso de un anticonceptivo oral combinado. Con todo, hay que decir que no se ha hecho hasta la fecha ninguna recomendación de uso de estos preparados con indicación profiláctica de ninguna de estas enfermedades, puesto que el riesgo trasciende con creces el posible beneficio que se obtiene: aun reduciendo el riesgo de tener un embarazo ectópico respecto a las usuarias de DIU, éste sigue siendo mucho más elevado que en las mujeres que no usan ningún método anticonceptivo.

De hecho, Guillermo López sostiene que una enferma ginecológica, funcional u orgánica, no puede ser tratada correctamente con la píldora anti-conceptiva. Considera que no se puede confundir lo que es el empleo con fines terapéuticos de estrógenos y progestágenos, en pautas y dosificaciones de administración adecuadas a cada caso, y lo que es el uso de forma estandarizada de estas moléculas, sin diferenciar diagnóstico, edad o peso de las enfermas. La industria farmacéutica dispone en el mercado de estrógenos y progestágenos que permiten un tratamiento adecuado a cada paciente después de haber establecido un diagnóstico⁶³.

Pasemos ahora a plantear algunas dudas que nos surgen en este campo. El uso de estrógenos y progestágenos en la regulación del ciclo menstrual,

⁶³ Cfr. LÓPEZ, G., *Contracepción hormonal y terapéutica ginecológica*, Ponencia en la Jornada sobre objeción de conciencia sanitaria, Universidad de Navarra, 23.9.1995, tomado de LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 127.

cuando éste es irregular, es cuando menos conflictivo: “si esa situación se considera patológica, podrían emplearse progestágenos para regular el ciclo y así poder acudir luego a la continencia periódica. Por el contrario, si con los anticonceptivos se pretendiese enmascarar la irregularidad del ciclo, no sería aceptable. Además, hay médicos y moralistas que mantienen sus dudas sobre si un ciclo irregular pueda considerarse patológico, al menos, si se trata de una irregularidad poco marcada”⁶⁴. También hay dudas sobre su uso durante la lactancia, cuando parece que fisiológicamente la mujer es naturalmente estéril; como se dan casos en los que la mujer no queda estéril en ese periodo, algunos sugieren administrar progestágenos durante el tiempo de lactancia para asegurar la esterilidad temporal de la madre (el llamado *reposo ovárico*). Pero en la práctica, el uso de anticonceptivos hormonales en ese periodo no parece una indicación terapéutica fundada. Por otro lado, no está demostrado que la ovulación puerperal precoz sea una patología. Conviene, pues, dejar claro, en cualquier caso, la ilicitud del uso de estos fármacos si se busca directamente la anticoncepción, como fin o como medio, y sólo indirectamente –si es que se busca– la regulación del ciclo.

Otro tema que podría parecer todavía más complicado es el uso de anticonceptivos como defensa de la mujer para evitar un posible embarazo, en caso de que se prevea un alto riesgo de violación. Esa medida preventiva no nos parece que sea ni siquiera *anticonceptiva*, porque la violación no es, para la persona violada (moralmente tampoco para el violador), un acto humano ordenado a la procreación. Se trata de un acto de grave violencia ante el que es legítimo defenderse, también con relación a sus posibles consecuencias⁶⁵. Este caso es radicalmente distinto al que hemos planteado en

⁶⁴ MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., pp. 294-295.

⁶⁵ Cfr. RHONHEIMER, M., *Minaccia di stupro e prevenzione: un'eccezione?*, en “La Scuola Cattolica” 123 (1995), pp. 75-90; HENNAUX, J.M., *Risques de viol et inhibiteurs de fécondation*, en “Nouvelle Revue Théologique” 120 (1998), pp. 196-215.

el capítulo precedente de la *anticoncepción de emergencia* en caso de violación (*a posteriori*), que se constituye realmente en un aborto.

C. ANTICONCEPCIÓN MECÁNICA: EL PRESERVATIVO

1. Normativa sobre preservativos

Un *preservativo* o *condón*⁶⁶ es una “funda delgada, flexible, diseñada para ser usada sobre el pene en erección durante las relaciones sexuales, con el fin de impedir que el espermatozoides penetre en la vagina y ayudar a prevenir enfermedades de transmisión sexual. También pueden ser usados para la recogida de semen”⁶⁷. Es, pues, un dispositivo netamente anticonceptivo, y en ningún caso abortivo.

El preservativo está considerado, en España, como *producto sanitario*. Las condiciones técnico-sanitarias que debe reunir para su correcta comercialización están recogidas en el *Real Decreto 1688/91*⁶⁸, y son requisito indispensable para su homologación por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Los tipos de preservativos masculinos oficialmente admitidos varían en cuanto a la anchura nominal, habiendo de 49 y 52 mm; según tengan la

⁶⁶ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 129-132.

⁶⁷ Norma UNE 53-625-89. Esta Norma fue elaborada por el Organismo de Normalización y Certificación AENOR, y establece las características y métodos de ensayo de los preservativos de caucho.

⁶⁸ *Real Decreto 1688/91*, de 22.11.1991 (B.O.E. de 29.11.1991, n. 286).

superficie lisa o rugosa; estén o no lubricados con aceite de silicona; e incorporen o no algún tipo de espermicida —como el *nonoxaleno* o *cloruro de benzalconio*—, o *lidocaína* como anestésico local. En cuanto al preservativo femenino, el material utilizado es el poliuretano, más o menos el doble de resistente que el látex, con lo que el porcentaje de rotura es menor al del condón masculino.

Su distribución y venta al público puede realizarse a través de oficinas de farmacia, otros establecimientos abiertos al público y máquinas automáticas expendedoras homologadas —instaladas en bares, gasolineras, baños públicos o institutos—; no se permite su venta ambulante⁶⁹. Su publicidad está sujeta a las mismas normas que los demás productos sanitarios, debiendo atenerse a una serie de criterios de veracidad, identificación, lealtad sanitaria y uso.

En principio, el farmacéutico no estaría necesariamente vinculado con la venta del preservativo, ya que se trata de un producto sanitario, y no se distribuye exclusivamente a través de las oficinas de farmacia. El problema es que, en la actualidad, no se presenta sólo como un medio anticonceptivo, sino también como un método eficaz para prevenir ciertas enfermedades de transmisión sexual (*ETS*), y el SIDA. De tal suerte que en España, en las Consideraciones Previas del ya citado Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo de 22.11.1991, se presenta como agente protector contra la transmisión de este síndrome: “en los últimos años la aparición del SIDA se ha convertido en un gran problema de salud pública. La inexistencia de medidas de protección de aplicación general y el lento avance de los medios terapéuticos hacen que los programas de las autoridades sanitarias se orienten hacia actividades de prevención, fundamentalmente de educación sanitaria, que tengan como objetivo reducir el riesgo de infección por VIH.

⁶⁹ Cfr. *Ibid.*, art. 11.

Entre estas actividades se encuentra la recomendación del uso del preservativo⁷⁰.

Son conocidas las campañas oficiales llevadas a cabo en diversas Comunidades Autónomas españolas, como el País Vasco, Cataluña y Galicia, en las que se promociona el uso de este producto sanitario, tanto en calidad de anticonceptivo, como método de prevención eficaz contra las ETS. No es de extrañar que en un futuro cercano el farmacéutico pueda verse obligado a dispensar estos productos. De hecho, puede verse ya la campaña que empezó en Andalucía, que en virtud del *problema demográfico* que presuntamente estamos viviendo, quería imponer la tenencia y dispensación del preservativo y la *píldora del día siguiente* en las oficinas de farmacia de esa autonomía⁷¹. Ya en Francia un diputado llegó a formular una pregunta escrita al Ministro de Salud sobre la actitud de ciertos farmacéuticos que se negaban a vender preservativos y píldoras anticonceptivas, a la que contestó confirmando la obligación reglamentaria de dispensar esos productos –obligación que legalmente no es tal, ya que la ley de ese país dice que *pueden* venderse en farmacias–, y la obligación deontológica de participar en la lucha contra las enfermedades transmisibles sexualmente.

Pero, ¿cuál es la verdadera eficacia del preservativo frente al SIDA y a las distintas ETS? Es una cuestión que estudiaremos más adelante.

2. Medicamento y producto sanitario

Ante un posible conflicto de conciencia, el primer paso que hemos visto que debe dar el farmacéutico es asegurarse de que su punto de vista no tiene amparo o protección legal, de tal manera que sólo recurrirá a la obje-

⁷⁰ *Ibid.*, Declaraciones Previas.

⁷¹ Cfr. *Orden* de la Consejería de Salud, de 1.6.2001 (B.O.J.A. del 2.6.2001), comentada en el cap. VI.C.1.

ción de conciencia como última opción, ya que –tal como hemos estudiado–, se encuentra en el límite de la legalidad. A efectos legales, pues, ¿se trata del mismo caso el trabajo con un *medicamento* que con un *producto sanitario* como el preservativo?, ¿el vínculo del farmacéutico es el mismo, y sus obligaciones para con uno iguales que para con el otro? Veremos que la legislación española establece e impone obligaciones distintas: no existe legalmente la misma obligatoriedad de dispensar un medicamento que un producto sanitario. De ahí se deriva la distinta consideración de la cuestión de cara a un problema de conciencia profesional.

La *Ley del Medicamento* define el *medicamento* como “toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales, que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental”⁷². El producto sanitario, en cambio, es “cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo, incluidos los accesorios y programas lógicos que intervengan en su buen funcionamiento, destinados por el fabricante a ser utilizados en seres humanos, solo o en combinación con otros, con fines de:

- a) Diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad o lesión.
- b) Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.
- c) Regulación de una concepción cuya acción principal no se alcance por medios farmacológicos, químicos o inmunológicos, ni por el metabolismo, pero a cuya función puedan concurrir tales medios”⁷³.

⁷² *Ley 25/1990*, de 20.12.1990 (B.O.E. de 22.12.1990), del Estado Español (*Ley del Medicamento*), art. 8.

⁷³ *Ibidem*.

El ya conocido artículo 3 de la misma Ley establece, por un lado, que el farmacéutico, tanto de oficina de farmacia como de servicio de farmacia de hospital u otras estructuras sanitarias, es el principal responsable en materia de “custodia, conservación y dispensación de *medicamentos* de uso humano”; por el otro, que “los laboratorios, importadores, mayoristas, oficinas de farmacia, servicios de farmacia de hospitales, centros de salud y demás estructuras de atención a la salud están obligadas a suministrar o a dispensar los *medicamentos* que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas”⁷⁴. Por lo tanto, a tenor de lo señalado hasta ahora, la obligación de dispensar alcanza al farmacéutico, por ahora, sólo en lo que atañe al *medicamento*, y no al producto sanitario –como el preservativo–. Así, “si no existe una obligación a dispensar ciertos utensilios, tampoco puede existir una objeción de conciencia a dispensarlos, ya que no hay norma infringida”⁷⁵. Pero este *por ahora* lo hemos dicho de intento porque, tal como señalábamos, la Junta de Sanidad de alguna región española está realizando los pasos necesarios para que su tenencia y dispensación sea obligatoria. En ese caso, la objeción de conciencia puede ser imperativa, siempre que haya certeza de se va a usar con finalidad anticonceptiva –y por lo tanto ilícita–.

Aunque la motivación de la negativa del farmacéutico a colaborar en la comercialización de estos productos se basa en motivos morales relacionados con la anticoncepción, también hay que decir que está científicamente demostrado que el preservativo no es el mejor medio para evitar la transmisión de enfermedades por vía sexual, y es lo que vamos a ver a continuación. Esto es importante porque la campaña de prevención pública sanitaria que se está llevando a cabo en tantos países no sólo no evita con la eficacia que se asegura la propagación de las enfermedades contra las que pretende luchar, sino que también, bajo el estandarte de la *prevención sanitaria* y de la

⁷⁴ *Ibid.*, art. 3.

⁷⁵ LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 94.

responsabilidad procreativa, promueve encubiertamente una promiscuidad sexual anticonceptiva y un relajamiento moral que repele a tal *responsabilidad* y a la recta conciencia.

3. Eficacia del preservativo para evitar el SIDA y enfermedades de transmisión sexual⁷⁶

Por todos es conocida la infección por el *virus de la inmunodeficiencia humana* –VIH–, responsable del *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* –SIDA–. Sabemos que no existe un tratamiento o terapia verdaderamente curativa contra este retrovirus, cobrando así especial importancia la prevención de su transmisión, y en particular su transmisión por vía sexual. Es este contexto el que ve nacer en California y Nueva York el método para preservarse contra el riesgo de contagio por el VIH cuando se tenían relaciones sexuales: el llamado *safe sex*, que pronto adquiriría un apelativo más discreto y verdadero: *safer sex*⁷⁷. Con este vocablo se entienden todas las precauciones que deben tomarse para disminuir el riesgo de transmitir o adquirir una enfermedad de transmisión sexual en el transcurso de las relaciones sexuales. Todas las campañas que promueven el *sexo más seguro*, establecen medidas de prudencia en la elección de los partners y en la frecuencia de las relaciones sexuales, y un uso constante del preservativo masculino.

⁷⁶ Cfr. *Ibid.*, pp. 132-148; SUAUDEAU, J., voz “Sexo seguro”, en PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Lexicón. Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*, cit., pp. 1041-1061.

⁷⁷ Cfr. GOEDERT, J.J., *What is Safe Sex? Suggested Standards Linked to Testing for Human Immunodeficiency Virus*, en “The New England Journal of Medicine” 316 (1987), pp. 1339-1342; LARKIN, M., *Easing the Way to Safer Sex*, en “The Lancet” 351 (1998), p. 964.

Se trata de una promoción masiva, pacíficamente aceptada y “no criticable”, del preservativo masculino, y está apoyada en un argumento: esta funda de látex es, en el momento actual, el único medio del que disponen los servicios sanitarios para prevenir la transmisión sexual del virus del SIDA y su difusión. Pero se basan en una confianza de la que realmente dudamos: ha sido regularmente subrayado por numerosos autores, desde el comienzo de la epidemia del VIH/SIDA hasta hoy, con el apoyo de la epidemiología, que este método está lejos de merecer tal confianza⁷⁸. Así, mientras que los máximos expertos en control de enfermedades de este tipo, los Centros para el Control de Enfermedades de USA, insisten en que “el uso apropiado del condón en cada acto sexual puede reducir, pero no eliminar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual”, y que “los individuos que pueden haberse contagiado con el VIH, o que ya están contagiados, deberían ser conscientes de que el uso del preservativo no puede eliminar por completo el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros”⁷⁹, nuestras autoridades sanitarias han dejado recaer todo el peso de sus campañas en la presunta y falaz eficacia del preservativo, ofreciendo la imagen de que el condón aporta una plena seguridad frente a la infección por VIH⁸⁰.

⁷⁸ Cfr. KELLY, J., *Using condoms to prevent transmission of HIV. Condoms have an appreciable failure rate*, en “British Medical Journal” 312 (1996), p. 1478.

⁷⁹ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report*, en “The Journal of American Medical Association” 259 (1988), p. 1925.

⁸⁰ Por ejemplo, en un resumen del MMWR publicado en el Boletín Epidemiológico Semanal de la Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiológica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, se omitió un párrafo fundamental en el que se aseguraba que “la abstinencia y la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada son las únicas estrategias totalmente eficaces” (Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiológica, *Boletín Epidemiológico Semanal 1988*, p. 1801, citado en LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 133).

El examen de los preservativos por microscopio revela que la superficie de sus membranas no es uniforme: se encuentran zonas de perfil suave separadas por zonas plisadas, y la superficie de la muestra aparece sembrada de cavidades⁸¹. Aunque en los estudios sobre condones no se han revelado, algunos exámenes microscópicos de membranas de látex levantan sospechas: algunos poros podrían subsistir en estas membranas después de una coalescencia imperfecta de las partículas de látex en el curso de la vulcanización. Así lo demuestran Arnold y colaboradores sobre guantes de látex quirúrgicos: en todos los guantes examinados encontraron huecos de 3-15 μ de anchura por una profundidad que llegaba hasta las 30 μ , tanto en la superficie externa del guante como en la interna, y fisuras tortuosas de 5 μ que recorrían todo el guante⁸².

a) Preservativos y prevención del SIDA

La permeabilidad del preservativo se estudia mediante una prueba de escape. Ésta tiene el problema de que no es de suficientemente sensible, puesto que sólo detecta orificios de 20 μ o más, siendo así que el VIH ya experimenta fugas con orificios de 0,1 μ ⁸³. Algunos tests *in vitro* llevan a la conclusión de que las membranas de látex de los preservativos detienen de manera eficaz algunos agentes de las ETS como *Neisseria gonorrhoeae*, *Herpes simplex 2*, *Cytomegalovirus*, el virus de la Hepatitis B, *Chlamydia trachomatis* y

⁸¹ Cfr. JAY, G.D., DRUMMOND, E., LANE, B., *Altered Surface Character of Stretched Condom Latex*, en "Contraception" 45 (1992), pp. 105-110.

⁸² Cfr. ARNOLD, S.G., WHITMAN JR., J.E., FOX, C.H., COTTLER-FOX, M.H., *Latex gloves not enough to exclude viruses*, en "Nature" 335 (1988), p. 19.

⁸³ Cfr. CAREY, R.F., LYTLE, D., CYR, W.H., *Implications of laboratory tests of condom integrity*, en "Sexually Transmitted Diseases" 26 (1999), pp. 216-220.

los retrovirus de la familia del VIH, incluyendo éste último⁸⁴. Sin embargo, se trata de resultados un tanto sesgados en cuanto al método: son estudios limitados a pocas muestras y realizados sin que la membrana sea sometida a presión o tracción, por lo que para algunos autores como Weller no son epidemiológicamente significativos⁸⁵. De hecho, en la *V Conferencia Internacional sobre el SIDA* en Montreal, se constató que preservativos bien controlados y tomados de fabricantes conocidos eran permeables a microesferas de tamaño superior al del VIH (6 condones sobre 69)⁸⁶. Siendo así que el VIH mide entre 90 y 120 nm (0,1 μ ⁸⁷, 60 veces más pequeño que la bacteria de la sífilis y 450 veces más pequeño que los espermatozoides, ante los cuales el condón efectivamente debería ejercer de barrera eficaz), Carey y colaboradores han demostrado la filtración de microesferas de poliestireno de hasta 110 nm de diámetro a través la tercera parte de las membranas de los preservativos que han testado (29 sobre 89)⁸⁸. Estos estudios hacen que se planteen algunas dudas sobre la capacidad de estos dispositivos para detener el VIH de manera completamente segura –de ahí el paso de llamar a su uso *safe sex* a llamarlo *safer sex*–: aun siendo adecuados según el criterio de

⁸⁴ Cfr. JUDSON, F.N., PRET, J.M., BODIN, G.F., LEVIN, M.J., RIETMEIJER, C.A., *In vitro evaluations of condoms with and without nonoxynol 9 as physical and chemical barriers against Chlamydia Trachomatis, Herpes simplex virus type 2, and Human Immunodeficiency Virus*, en "Sexually Transmitted Diseases" 16 (1989), pp. 51-56.

⁸⁵ Cfr. WELLER, S.C., *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV*, en "Social Science & Medicine" 36 (1993), p. 1635.

⁸⁶ Cfr. HERMANN, B.A., RETTA, S.M., RINALDI, J.E., *A simulated physiologic test of latex condoms*, en "Vth Internat. Conf. on AIDS", 1989 (Abstracts WAP 101).

⁸⁷ Cfr. CASSUTO, J.P., PESCE, A., QUARANTA, J.F., *SIDA et infection à VIH*, 2ª ed., Masson, Paris 1992, p. 27.

⁸⁸ Cfr. CAREY, R.F., HERMANN, W.A., RETTA, S.M., RINALDI, J.E., HERMANN, B.A., ATHEY, T.W., *Effectiveness of latex condoms as barrier to Human Immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use*, en "Sexually Transmitted Diseases" 19 (1992), pp. 230-234.

los tests de fuga, si una microesfera de 110 nm de diámetro puede pasar a través de los poros de un preservativo, sin necesidad de que haya verdaderos agujeros, no sería sorprendente observar que, favorecido por la distensión mecánica, también lo hicieran elementos habitualmente más pequeños, como el virus del SIDA.

Otro factor a tener en cuenta es la degradación del látex: se deteriora con el tiempo, perdiendo flexibilidad y ganando fragilidad, más aún si se expone al sol, a la alta temperatura o a la humedad⁸⁹.

Pero la mayor parte de los fracasos en su utilización se produce por ruptura o deslizamiento, con un porcentaje de ruptura, según distintas encuestas, de entre el 1% y el 13%, situándose la media en el 5%. Este riesgo parece que disminuye con la pericia, aunque tras un programa de educación sobre el manejo de estos productos tampoco se alcanza una eficacia del 100%⁹⁰. Este riesgo de ruptura parece particularmente alto en las relaciones homosexuales, llegando hasta el 22%⁹¹. La tasa de deslizamiento se sitúa entre el 0% y el 15%, quedando la media en el 6%.

Así las cosas, Weller concluye su meta-análisis asegurando que la tasa de protección del preservativo respecto de la contaminación sexual por el VIH es de sólo el 69% (fracasa en el 31% de los casos, respecto al porcentaje sin protección)⁹²; April y colaboradores, analizando 14 estudios sobre pare-

⁸⁹ Cfr. FREE, M.J., HUTCHINGS, J., LUBIS, S., *An assessment of burst strength distribution data from monitoring quality of condoms stocks in developing countries*, en "Contraception" 33 (1986), pp. 285-299.

⁹⁰ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 134.

⁹¹ Cfr. PIEDRAHITA, C., FOLDESY, R., STEINER, M., TOWNSEND, J., *Comparison of condom breakage during human use with performance in laboratory testing*, en "Contraception" 45 (1992), pp. 429-437.

⁹² Cfr. WELLER, S.C., *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV*, cit., pp. 1635-1644.

jas serodiscordantes, encuentran, para períodos de observación comprendidos entre los seis meses y los tres años, un porcentaje de seroconversión medio del 8% en las parejas que han recurrido siempre al preservativo, frente a un porcentaje de seroconversión del 35% en las parejas que no lo utilizan⁹³; Davis y colaboradores, analizando los resultados de 25 estudios referidos a parejas serodiscordantes, encuentran un porcentaje de fracaso del preservativo del 13%⁹⁴. Guillén y Aguinaga, tras una búsqueda bibliográfica sobre preservativos en la base de datos *MEDLINE*, seleccionando y evaluando todos aquellos artículos que hacían referencia a la efectividad de los preservativos, concluyen afirmando que el condón reduce parcialmente la transmisión del VIH, con una efectividad sólo cercana al 70%⁹⁵.

⁹³ Cfr. APRIL, K., KÖSTER, R., FANTACCI, G., SCHREINER, W., *Quale è il grado effettivo di protezione dall'HIV del profilattico?*, en "Medicina e Morale" 4 (1994), pp. 903-924.

⁹⁴ Cfr. DAVIS, K.R., WELLER, S.C., *The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV*, en "Family Planning Perspectives" 31 (1999), pp. 272-279: la incidencia de transmisión del VIH era del 5,9 por cien personas por año (de mujer a hombre), y del 6,8 por cien personas por año (de hombre a mujer) en el caso de no usar nunca el preservativo. En caso de sí hacerlo, la misma incidencia era del 0,9 por cien personas por año. La eficacia del preservativo se estima en general en el 87%, pero puede ser tan baja que llegue al 60% y tan alta hasta el 96%.

⁹⁵ Cfr. GUILLÉN GRIMA, F., AGUINAGA ONTOSO, I., *Efectividad de los preservativos en la prevención de la infección por VIH en parejas de personas seropositivas*, en "Medicina Clínica" 105 (1995), pp. 541-548.

b) Preservativos y anticoncepción

El *Índice de Pearl*⁹⁶ del preservativo cuando se utiliza como *anticonceptivo* de barrera es paradójicamente bastante elevado, situado entre el 5 y el 15, incluso llegando hasta el 28⁹⁷. Esto es así a pesar de que como método de barrera es teóricamente muy eficaz (los poros que contiene son mucho más pequeños que el diámetro del espermatozoide), precisamente por el elevado riesgo de roturas y deslizamientos. Así, el porcentaje de fracaso del preservativo en la prevención del embarazo –entendido como la probabilidad del embarazo en un año en una mujer que sólo usa ese medio anticonceptivo– se sitúa alrededor del 15%⁹⁸, aunque disminuye con la pericia, la formación cultural o el interés mismo de la pareja. Williams atribuye a este porcentaje no despreciable de fracasos la relación encontrada estadísticamente entre el uso del preservativo y el aumento de la tasa de abortos entre los adolescentes, teniendo en cuenta el hecho de que la propaganda sobre preservativos dirigida a este sector de la población puede incitarlos a una mayor promiscuidad sexual, y por ende a la llegada de embarazos no deseados entre éstos⁹⁹.

⁹⁶ El *Índice de Pearl* indica el número de embarazos en cien mujeres que utilizan el contraceptivo en un año, estimando la posibilidad teórica de que pudieran concebir doce veces por año.

⁹⁷ Cfr. POTTS, D.M., SWYER, G.I.M., *Effectiveness and risks of birth-control methods*, en "British Medical Bulletin" 26 (1970), pp. 26-32.

⁹⁸ Cfr. las estadísticas presentadas en SUAUDEAU, J., voz "*Sexo seguro*", cit., p. 1050.

⁹⁹ Cfr. WILLIAMS, E.S., *Contraceptive failure may be a major fact in teenager pregnancy*, en "British Medical Journal" 311 (1995), pp. 806-807. Tal como comentábamos en los epígrafes introductorios de este capítulo, de la difusión del preservativo no es de extrañar que se derive, por un lado, la desvinculación absoluta entre el comportamiento sexual de los adolescentes y la responsabilidad procreativa naturalmente derivada del acto que ponen; y por el otro, y muy vinculada con la anterior, la relación entre la mentalidad contraceptiva y la abortiva, como con-

c) Preservativos y protección de las "ETS"

Por lo que se refiere al uso profiláctico del preservativo en relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), éste ciertamente disminuye el riesgo de infección por ETS, pero no lo elimina¹⁰⁰. Efectivamente protege contra la sífilis, siendo el porcentaje de infección media del 0,65% con uso del preservativo, y del 1,86% en los individuos que no lo usan nunca en sus relaciones; también contra la gonorrea (siendo la tasa media de infección por gonococo del 8% con preservativo contra el 15% sin él, y la reducción del riesgo está en un 39%). Por el contrario, parece que es menos eficaz frente a las clamidiasis (riesgo del 0,8% con preservativo frente al 1,2% sin él). En cuanto a las uretritis no específicas, el condón es prácticamente ineficaz (porcentaje de infección alrededor del 30% tanto con preservativo como sin él). Del mismo modo, es casi totalmente ineficaz contra las ETS

secuencia del *embarazo no deseado* al que nos hemos referido: como botón de muestra, un 27% de los abortos practicados en el Hospital Saint Louis de París, alrededor de 1996, habían sido solicitados invocando un fallo en el preservativo (cfr. *Le Monde*, 28.5.1996); un 40% de las mujeres que acudieron a abortar al Marie Stopes Centre de Leeds entre 1989 y 1993 atribuyeron la responsabilidad de su embarazo al fallo del preservativo (cfr. CARNALL, D., *Condom failure is on the increase*, en "British Medical Journal" 312 (1996), p. 1059); un 83% de las estudiantes que acudieron al Rusholme Health Centre, Manchester, para una contracepción de emergencia declararon que habían sido *víctimas* de un fallo del preservativo (cfr. SUAUDEAU, J., voz "*Sexo seguro*", cit., p. 1051).

¹⁰⁰ Cfr. COHEN, D.A., DENT, C., MACKINNON, D., HAHN, G., *Condoms for men, not women, results of brief promotion campaign*, en "Sexually Transmitted Diseases" 19 (1992), pp. 245-251; ZENILMAN, J.M., WEISMAN, C.S., ROMPALO, A.M., ELLISH, N., UPCHURCH, D.M., HOOK III, E.W., CELENTANO, D., *Condom use to prevent incident STDs: The validity of self-reported condom use*, en "Sexually Transmitted Diseases" 22 (1995), pp. 15-21; WEN, L.M., ESTCOURT, C.S., SIMPSON, J.M., MINDEL, A., *Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective?*, en "Sexually Transmitted Infections" 75 (1999), pp. 312-316; LARKIN, M., *Contraceptives do not protect against pelvic inflammatory disease*, en "The Lancet" 357 (2001), p. 1270.

que se transmiten por contacto cutáneo o mucoso, como las infecciones por *Herpes simplex* (porcentaje de infección del 3,9% con preservativo contra el 4,8% sin preservativo). Tampoco previene los condilomas (verrugas) genitales, siendo el porcentaje de infección del 5,02% con preservativo y del 4,6% sin él o, según otros estudios, la tasa de infección con preservativo del 13,8% y sin él del 3,6%. Es ineficaz ante la frecuencia y gravedad de las *inflammaciones pélvicas venéreas* (infecciones genitales altas por gonococos o *Chlamydia*). Reduce ligeramente el riesgo de infecciones genitales por *Papillomavirus*.

Todos estos datos revelan que el preservativo es de una fiabilidad relativa, y que el acto sexual con este dispositivo nunca podrá estar *asegurado* al 100% en su eficacia anticonceptiva y *profiláctica*. De hecho, la mayor parte de las estadísticas demuestran los grandes límites de la barrera opuesta por el preservativo al paso de los espermatozoides y de los agentes bacterianos y virales de las ETS, situando la tasa de fracaso medio ante el VIH en el 13%.

Ya hemos visto que la raíz del problema está en el comportamiento humano, más que en la eficacia de los medios preventivos que se toman. Con Suaudeau vemos que los medios de *contención* tienden a limitar los males que causa una epidemia, mientras que los medios de *prevención* están dirigidos a erradicar la causa misma de ésta. Por poner un ejemplo que nos puede servir, los medios preventivos puestos contra el paludismo tendían a erradicar el vector, el mosquito *Anopheles*; pero se han revelado medios más bien de *contención*, ya que no han logrado destruir todas las larvas ni eliminar todas las aguas estancadas: persiste el origen o causa remota de la transmisión de la infección. Lo mismo ha pasado con el preservativo: *contiene* o limita la transmisión sexual del SIDA y las ETS, reduciendo la incidencia con un factor del 3 ó 4%, “pero no asegura la prevención de la epidemia, porque quedan intactas las raíces, es decir, el componente

humano responsable de la transmisión del VIH”¹⁰¹. Por el contrario, en el caso de la fiebre tifoidea, la *prevención* ha sido realmente tal, ya que se ha podido inducir a las poblaciones a tener cuidado con el agua que beben: se ha llegado a hacer cambiar radicalmente –no sólo modificar engañosamente– comportamientos humanos que favorecían el contagio. Y, aplicándolo al problema que estamos estudiando, “no hay «sexo seguro» más que en la fidelidad conyugal, y ésta hace innecesario el preservativo”¹⁰². La verdadera prevención del VIH/SIDA contraído por transmisión sexual está en el abandono de las prácticas sexuales de riesgo y en llevar a los jóvenes hacia una responsabilidad sexual lógicamente vivida en la castidad pre-conyugal, y después en la vida matrimonial.

De hecho, es de subrayar que –a pesar de la exclusión *a priori* de toda invitación por parte de las autoridades a la castidad conyugal y a la abstinencia fuera del matrimonio– últimamente se está observando, sobre todo en los países donde el SIDA está causando mayores estragos (Uganda, Benín, Zambia, etc.) una saludable reacción de la población, caracterizada por una disminución de las relaciones sexuales extramatrimoniales y un retraso en la edad de la primera relación sexual entre jóvenes. En el caso particular de las parejas monógamas serodiscordantes, el recurso al preservativo ha sido presentado casi como obligatorio, pero las estadísticas muestran que un número no despreciable de estas parejas (del 11 al 25%) eligen por sí mismos no tener más relaciones sexuales sin por ello separarse. Conscientes de que “claramente hay que resaltar los peligros de fiarse solamente de los métodos de barrera para prevenir el SIDA”¹⁰³, defendemos con los *Centers for Disease Control* de Atlanta que “las únicas estrategias de prevención to-

¹⁰¹ SUAUDEAU, J., voz “Sexo seguro”, cit., p. 1059.

¹⁰² *Ibid.*, p. 1058.

¹⁰³ WELLINGS, K., *AIDS and the condom*, en “British Medical Journal” 293 (1986), p. 1259.

talmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada”¹⁰⁴.

Estas convicciones científicas son las que va esgrimir el farmacéutico que pudiera verse obligado por ley a vender preservativos con consecuencias anticonceptivas. El mal que se trata de evitar –el hecho de contraer el SIDA u otras ETS– es desproporcionado al medio que se desea poner –medio anticonceptivo y que favorece la promiscuidad y la mentalidad anti-vida, y con eficacia técnicamente dudosa en la función que se espera de él–, con lo cual, tras hacerlo saber a la persona que lo requiere, si ésta persiste, el farmacéutico debe poder interponer objeción de conciencia a la prestación de ese servicio. Entendemos, no obstante, que esta afirmación permite matizaciones, como cuando se trata de dispensar estos dispositivos en contextos difíciles, como barrios marginales o zonas suburbanas, en las que puede haber un altísimo índice de promiscuidad y de prostitución, unidos a una falta generalizada de higiene, etc. Realidades como ésta podrían hacer que la venta de preservativos, en orden a limitar el riesgo de transmisión de enfermedades como el SIDA, no fuera ilícita.

D. VALORACIÓN MORAL: ANTICONCEPCIÓN Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA

¿Qué tipo de relación tiene el farmacéutico con los anticonceptivos?, o en otras palabras, ¿por qué estamos estudiando estos productos en un trabajo que versa sobre la objeción de conciencia del farmacéutico? En el caso de

¹⁰⁴ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report*, cit., p. 1926.

los *anticonceptivos hormonales*, la respuesta casi viene dada: desde el momento en que están tipificados como medicamentos, el farmacéutico se constituye en el profesional competente y experto en esta materia, y se convierte en el máximo responsable de su producción y comercialización. Se verá, por lo tanto, relacionado con estos fármacos a dos niveles: en la oficina de farmacia, en la que, en virtud de las leyes que ya hemos expuesto se ve obligado a dispensar los medicamentos que le sean solicitados de modo “regular”; y en el mundo de la industria, en el que puede trabajar en el desarrollo de estas especialidades. En el caso de los *preservativos*, su colaboración de momento es facultativa: ya hemos visto que en la oficina de farmacia española no hay un deber legal de expender este tipo de productos sanitarios, de tal modo que, de no querer hacerlo, puede negarse con total libertad. Pero, ¿y si llegara el momento en que también la ley le obligase a venderlo?

1. Maldad intrínseca de la anticoncepción

Sobre la maldad de la acción a la que está colaborando el farmacéutico que dispensa o trabaja en materia de anticonceptivos de cualquier género –a continuación veremos exactamente en qué modo–, no hay más que ver que la acción deliberadamente anticonceptiva está tipificada por el Magisterio de la Iglesia como un acto *intrínsecamente malo*, y ha sido repetidamente condenada. Se reitera además que no se trata de una simple opinión de la Iglesia, sino un precepto de la ley moral natural. Veamos algunos pasajes de los documentos más recientes del Magisterio que hablan sobre el tema.

La *Humanae vitae* explica que “la Iglesia, al exigir que los hombres observen las normas de la ley moral natural interpretada con su constante doctrina, enseña que cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la

transmisión de la vida”¹⁰⁵. Por eso define como ilícita cualquier acción que, entendida como fin o como medio, mire a hacer imposible la procreación, ya sea puesta antes del acto conyugal, o durante su realización, o en previsión de sus consecuencias naturales¹⁰⁶. Así es como se comportan los que usan de la píldora anticonceptiva o el preservativo como métodos artificiales de control de la natalidad, disgregando “la inseparable conexión que Dios ha querido y que el hombre no puede romper por iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador”¹⁰⁷. A esto se añade que “cuando los esposos, mediante el recurso anticonceptivo, separan estos dos significados (...) se comportan como «árbitros» del designio divino y manipulan y envilecen la sexualidad humana, y con ella la propia persona del cónyuge, alterando su valor de donación total”¹⁰⁸: ponen un acto anti-procreativo.

Juan Pablo II, con motivo del XX aniversario de la *Humanae vitae*, confirmaba la doctrina contenida en esta Encíclica: “no se trata efectivamente de una doctrina inventada por el hombre: ha sido inscrita por la mano creadora de Dios en la misma naturaleza de la persona humana y ha sido confirmada por Él en la Revelación. Ponerla en discusión, por tanto, equivale a negar a Dios mismo la obediencia de nuestra inteligencia. Equivale a preferir el resplandor de nuestra razón a la luz de la soberanía divina, cayendo así en la oscuridad del error y acabando por hacer mella en otros puntos fundamentales de la doctrina cristiana”¹⁰⁹. Y en el caso concreto de

¹⁰⁵ *Humanae vitae*, n. 11.

¹⁰⁶ Cfr. *Ibid.*, n. 14.

¹⁰⁷ *Ibid.*, n. 12.

¹⁰⁸ JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica *Familiaris Consortio*, 22.11.1981, AAS 74 (1982), pp. 81-191, n. 32.

¹⁰⁹ JUAN PABLO II, *Discorso ai partecipanti nel II Congresso di Teologia Morale*, 12.11.1988, en AAVV, *Humanae vitae: 20 anni dopo, Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale, Roma, 8-12.11.1988*, Ares, Milano 1989, p. 8. La traduc-

la anticoncepción decía que Pablo VI, “calificando el hecho de la contracepción como intrínsecamente ilícito, ha querido enseñar que la norma moral no admite excepciones; nunca una circunstancia personal o social ha podido, ni puede, ni podrá convertir un acto así en un acto ordenado de por sí. La existencia de normas particulares con relación al actuar intra-humano del hombre, dotadas de una fuerza tal que obligan a excluir, siempre y sea como fuere, la posibilidad de excepciones, es una enseñanza constante de la Tradición y del Magisterio de la Iglesia, que el teólogo católico no puede poner en discusión”¹¹⁰.

De la relación entre el comportamiento y la mentalidad anticonceptiva y la abortiva hemos hablado extensamente en la introducción de este capítulo, al exponer la doctrina de la *Evangelium vitae* sobre el tema.

En cualquier caso, el Magisterio subraya que ante la decisión lícita, por motivos graves, de evitar un nuevo nacimiento, sólo es lícito el uso de la continencia periódica, aprovechando los llamados métodos naturales: “si para espaciar los nacimientos existen serios motivos, derivados de las condiciones físicas o psicológicas de los cónyuges, o de circunstancias exteriores, la Iglesia enseña que entonces es lícito tener en cuenta los ritmos naturales inmanentes a las funciones generadoras para usar del matrimonio sólo en los períodos infecundos y así regular la natalidad sin ofender los principios morales”¹¹¹. La Iglesia enseña e insiste en “la diferencia antropológica y al mismo tiempo moral que existe entre el anticoncepcionismo y el respeto de los ritmos temporales. Se trata de una diferencia bastante más amplia y profunda de lo que habitualmente se cree y que implica en resu-

ción es nuestra. También se puede encontrar el discurso íntegro en *Insegnamenti* 11/4 (1988), pp. 1520-1527.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 9.

¹¹¹ *Humanae vitae*, n. 16.

midas cuentas dos concepciones de la persona y de la sexualidad humana, irreconciliables entre sí”¹¹².

2. Cooperación del farmacéutico a la anticoncepción

Pero podemos preguntarnos: con las argumentaciones hechas hasta ahora, ¿a dónde queremos llegar? En primer lugar, a que quede patente la maldad intrínseca del acto al que el farmacéutico puede verse obligado a colaborar. Esto es importantísimo en la sociedad actual, en la que la mentalidad anticonceptiva ha calado muy hondo y se puede percibir como una cosa normal su actualización en la práctica contraceptiva habitual. Debido a la esencial diferencia específica que hay entre la anticoncepción y el aborto –es cierto que se trata de un pecado mucho menos grave que la injusticia que se genera en el acto netamente abortivo–, la primera se tolera como un mal menor –pasando por alto que, ejerciéndola, de alguna manera se está promoviendo la segunda–, y se puede caer en la tentación de cooperar a su realización sin mayores *escrúpulos* de conciencia. En segundo lugar, a que caigamos en la cuenta de que la cooperación a un acto intrínsecamente malo como el que nos ocupa es, en principio, gravemente ilícita.

Ya que acabamos de retomar el tema del aborto, nos parece que puede ser un buen momento para tratar brevemente de la abortividad de la píldora anticonceptiva. La mujer que toma habitualmente anticonceptivos hormonales *debe* saber que el fármaco que está tomando también puede actuar como un abortivo, aunque por el momento con una probabilidad bajísima: de 1,5 abortos cada 16 años de administración, teniendo en cuenta que, como veíamos, esta probabilidad tiende a aumentar con las nuevas especialidades a bajas dosis de hormonas. Esto no significa que el acto anticonceptivo por medios farmacológicos sea moralmente equiparable al

¹¹² JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica *Familiaris Consortio*, cit., n. 32.

abortivo por fármacos directa y reconocidamente abortivos o a la *píldora del día siguiente*. Además, la mujer a menudo tiene poca y mala formación, y le han enseñado que la *píldora* actúa siempre anovulatoriamente y que, en caso de fallar este mecanismo, no tiene que preocuparse puesto que la acción antinidatoria no es abortiva sino contraceptiva (se pueden consultar al respecto los comentarios que hemos hecho a las ambigüedades terminológicas que se difunden en este campo). También hay que tener en cuenta que pocas mujeres toman la píldora anovulatoria durante tanto tiempo, lo cual también tiene su interés estadístico y moral. Pero el farmacéutico es consciente de este posible efecto, y en virtud de su papel como agente sanitario debe hacérselo saber, a la vez que lo tendrá en cuenta a la hora de interponer objeción de conciencia o de ciencia a la administración o trabajo con estos fármacos: aunque la intención de la mujer es anticonceptiva, debe saber que está disparando al aire, y es posible que alguna bala perdida acabe con una vida.

Podemos pasar ahora a estudiar qué tipo de colaboración al uso de contraceptivos es la de un farmacéutico.

El farmacéutico que, tanto mediante la dispensación en una oficina de farmacia como en la investigación en orden al desarrollo o comercialización de cualquier tipo de anticonceptivo, está cooperando a la acción para la que será usado de manera bien formal o bien material. La cooperación *formal* se constituye mediante la identidad de intenciones entre el agente principal –el que usará ese medio con finalidad anticonceptiva– y el que coopera, y en ese sentido se simplifica el análisis moral: siempre será una acción gravemente ilícita. La cooperación *material* en esta materia, en cambio, se da cuando no compartiendo la intención del agente principal, se pone en sus manos un medio que va a usar con finalidad inmoral¹¹³, no querida por el que coopera pero tolerada, e incluso prevista. En esta situación se encuen-

¹¹³ Cfr. PRÜMMER, D.M., *Manuale Theologiae Moralis*, cit., t. 2, Tr. XI, cap. III, art. II, par. 1, n. 107, *de praebente recursum*, comentado en el capítulo VI.

tra el farmacéutico que se plantea un conflicto moral o de conciencia cuando se le obliga a dispensar o desarrollar en la industria un anticonceptivo, y se cuestiona cómo evitar ese acto, contemplando la posibilidad de la objeción de conciencia. Además, en el caso de ser cooperación material, se tratará de una colaboración *mediata*, ya que el farmacéutico no toma parte *inmediata* o *directa* en el mismo acto anticonceptivo.

Por otro lado, la cooperación material puede ser bastante *próxima*, cuando le consta que efectivamente ese medio va a ser sólo y unívocamente usado con fines ilícitos –evitar voluntariamente el embarazo cuando se realice un acto sexual–; esto se da, por ejemplo, en el caso de algunos anticonceptivos que tienen como única indicación esta situación. Puede ser también más *remota*, en el caso de que el farmacéutico no tenga certeza del tipo de uso que se le va a dar –no teniendo obligación moral ni profesional de preguntar el uso que se va a dar a un fármaco–. Esto es así, en el caso del preservativo, porque puede ser usado lícitamente en algunos casos, como la recogida de muestras de semen¹¹⁴; en el caso de los anticonceptivos hormonales porque, a pesar de lo que hemos comentado anteriormente sobre la anticoncepción hormonal y el tratamiento hormonal, sigue habiendo

¹¹⁴ Este sería un uso totalmente lícito, circunscrito en el marco del matrimonio: la praxis habitual de los farmacéuticos consiste en la perforación del preservativo delante del comprador, de tal manera que cuando se debe someter a la prueba de fertilidad –la recogida de semen suele ser en orden a una prueba diagnóstica ante una presunta esterilidad masculina–, retiene en el condón parte del semen mientras realiza el acto conyugal de modo moralmente lícito.

De intento no nos hemos adentrado en el tema del uso del preservativo u otros anticonceptivos en materia de comercio del cuerpo –prostitución–. Podría ser lícito su uso ya que para nada se constituye ese acto en una relación conyugal, y el uso de la anticoncepción no altera la especie moral del acto en sí. Ahora bien, cabría plantearse si, dispensándolo acriticamente para este fin, el farmacéutico estaría colaborando a la expansión de prácticas de este tipo.

médicos que prescriben fármacos anticonceptivos para terapia ginecológica, como la irregularidad del ciclo, dismenorrea, hirsutismo, etc.¹¹⁵.

Además, en el caso de la anticoncepción hormonal, podemos decir que la del farmacéutico es una cooperación *necesaria*: como ocurre con todo medicamento, sólo él puede dispensarlo. Siendo necesaria, recordamos también que no es *suficiente*: se requiere el concurso de una ulterior libertad para llevar a cabo el acto malo en sí mismo, derivándose el efecto inicuo del acto de cooperación *per accidens*¹¹⁶. El caso del preservativo es un tanto diverso: mientras no haya obligación de dispensarlo, el farmacéutico puede simplemente negarse a hacerlo. De ahí que dispensarlo sin necesidad, sólo para no perder prestigio o clientes, o para ganar más dinero, escudado en que por ejemplo ya se dispensan por necesidad los anticonceptivos hormonales, o en que su uso no es un crimen como el aborto, puede tender a *formalizar* –por un consentimiento tácito en el acto anticonceptivo– la cooperación que en principio podía considerarse como *material*.

Vamos percibiendo que la vinculación del farmacéutico con el acto anticonceptivo puede ser suficientemente estrecha como para exigir que se niegue a cooperar a él mediante la objeción de conciencia. Pero, al contrario

¹¹⁵ Cfr. el apartado B.4 de este mismo capítulo. Sgreccia, en su respuesta a una perplejidad que le presenta una farmacéutica acerca de la dispensación de anticonceptivos, dice que “hay que recordar que el farmacéutico puede, éticamente hablando, tener y vender los fármacos que pueden tener un uso lícito –terapéutico–, además del anticonceptivo, y no está obligado a preguntar sobre cuál será el uso en concreto. Debería poder, en cambio, rechazar la venta de los fármacos que, por su composición, no podrían ser usados sino de modo ilícito y dañino, según su conciencia. Además, se debería consentir al farmacéutico que sugiriese en estos casos otros medios (...) para la tutela de la salud y para una procreación responsable, obviamente dejando al cliente la libertad de llevarlos a cabo o no” (SGRECCIA, E., *Dispensazione al pubblico di mezzi contraccettivi e/o abortivi*, en “Medicina e Morale” 4 (1989), p. 746. La traducción es nuestra).

¹¹⁶ Cfr. GARCÍA DE HARO, R., *La vida cristiana*, cit., p. 392.

que en el caso del aborto, esta actitud puede contar con varios matices, que vamos a ver a continuación.

3. *¿Objeción de conciencia o cooperación?*

Una vez visto el tipo de cooperación del farmacéutico a la anticoncepción, y sentado el principio general de que, siendo inmoral, es un acto que debe ser evitado, podemos ver si en algún caso le es lícito llevarla a cabo. Si se trata de una cooperación formal, ya sabemos que no. Si, en cambio, se constituye en material, podemos llamar en causa los requisitos que hacían lícita la cooperación material al mal: que el acto del que coopera no sea en sí mismo malo y que su intención sea buena, que el efecto bueno no se derive del malo como de su causa, que haya verdadera *necesidad* de ponerlo y que el efecto bueno sea proporcional al malo.

Vamos a centrarnos, por considerarlo el más relevante, en el tercero, que lleva de la mano al cuarto: para que sea lícito, veíamos que el acto de cooperación debe ser un acto debido, esto es, que haya imperiosa necesidad de ponerlo, a pesar de que se pueda derivar de él –y/o que de hecho ocurra casi siempre– una acción moralmente ilícita. Esta necesidad puede darse en los mismos casos en que hemos explicado en el capítulo anterior, en materia de aborto o de *anticoncepción de emergencia* –las *píldoras del día después*–, a saber: cuando de no llevar a cabo ese servicio se deriven consecuencias muy graves para el farmacéutico o las personas que dependen de él, en forma de sanciones legales, pérdida del empleo, etc. Esta situación se puede dar siempre que el farmacéutico se niegue a dispensar un medicamento sin causa justificada, y el anticonceptivo hormonal es un medicamento¹¹⁷. De

¹¹⁷ Hay que decir que últimamente, y con el propósito de incluir estos productos, se ha desvirtuado y modificado el concepto de lo que clásicamente es *medicamento*, como producto que sirve para diagnosticar, prevenir, curar o aliviar una enfermedad, y se añade en su definición la ambigua expresión de *modificación de una*

tal modo que cuando un preparado de éstos está registrado como especialidad farmacéutica, y en su composición entran principios químicos, anovulatorios o espermicidas, y es preciso adquirirlo mediante receta médica, la oficina de farmacia deberá dispensarlo siempre que sea requerido cumpliendo las formalidades legales o reglamentarias¹¹⁸. Ya hemos visto que por el momento éste no va a ser el caso del preservativo, dado que por ahora el farmacéutico posee total libertad para dispensarlo o no.

Por otro lado, también hemos visto que el farmacéutico de la industria que trabaja con anticonceptivos carga, en cierta manera, con más responsabilidad. Esto es así por dos motivos: porque en general supone una cooperación más *habitual*, en la que invierte más empeño personal y profesional puesto que se dedica sólo a eso; y porque en ese área cuenta con mayor libertad de elección laboral: en general le es más fácil cambiar de lugar de trabajo dentro de la empresa en la que está, o cambiar de empleo, pues no está tan fuertemente vinculado a la entidad que lo contrató como el titular de una oficina de farmacia a su propio negocio. Así que, bien tratando de que se reconozca su objeción de conciencia, bien cambiando de empleo, deberá evitar a toda costa cualquier relación próxima con estos productos, ya que en general tendrá menores dificultades para hacerlo.

Tal como veíamos, la necesidad de llevar a cabo el acto de cooperación implica el empeño por poner *todos los medios a su alcance* para no tener que hacerlo o para dejar de hacerlo. El primero de ellos, como hemos explicado en materia de aborto, se encuentra en el estudio del ordenamiento jurídico para, amparándose en él, evadir el acto que repele a la conciencia esgrimiendo motivos profesionales. En este contexto se estudiará la posibilidad de la *objeción de legalidad* y la *objeción de ciencia*, que versan en hechos como las muchas contraindicaciones o efectos secundarios que tienen los anticon-

función (cfr. el art. 108 de la *Ley del Medicamento*; ARRÉBOLA, P., VACAS, J.S., *Aspectos legales y éticos de anticonceptivos y abortivos*, cit., p. 308).

¹¹⁸ Cfr. *Ley del Medicamento*, art. 3.1.

ceptivos hormonales –siendo fácil que la mujer que los requiera tenga alguna de ellas¹¹⁹; el porcentaje de abortos que se producen por el uso de anticonceptivos, aunque sea muy bajo¹²⁰; o bien el aumento de la tasa de abortos –raramente circunscritos en los supuestos legalmente despenalizados en España– que se da en los países desarrollados concomitantemente a las campañas promotoras de la anticoncepción¹²¹.

En el plano de la anticoncepción mecánica, también influirá la certeza científica de que los altos niveles de promiscuidad sexual que favorecen las campañas de preservativos no hacen más que aumentar el riesgo de infección por SIDA y las otras ETS¹²². Por otro lado, el farmacéutico puede alegar que no es papel del Estado *proteger* las relaciones sexuales de sus ciudadanos, sean del tipo que sean¹²³, imponiendo este servicio a los farmacéuticos.

Un posible dilema con el que puede encontrarse el farmacéutico es el uso terapéutico que puede darse a algunos medicamentos anticonceptivos¹²⁴. En este sentido, deberá tener presente que son fármacos que sólo pueden dispensarse con receta médica. A menudo se solicitan sin receta los anticonceptivos que van a ser usados con ese fin, por la rutina en su uso y la relajación profesional de muchos farmacéuticos. De tal manera que el hecho de exigir la presentación de la receta siempre que se los pidan puede

¹¹⁹ Cfr. el apartado B.3.c.

¹²⁰ Cfr. el apartado B.3.d.

¹²¹ Cfr. el apartado A.2.

¹²² Cfr. el apartado C.3.

¹²³ Cfr. WOODALL, G.J., *The use of the condom to protect against the transmission of HIV in prisons*, en "Medicina e Morale" 6 (1999), pp. 1073-1086.

¹²⁴ Cfr. el apartado B.4.

reducir el uso ilícito de estos fármacos¹²⁵. Asimismo, sería ideal para el buen funcionamiento de la atención farmacéutica que en la receta se incluyera la indicación para la que se prescribe el medicamento, de tal manera que el farmacéutico que atendiese a la paciente pudiera hacerse cargo del problema que tiene, así como de la pertinencia de llevar a cabo la terapéutica establecida –es un rol propio del farmacéutico la verificación del acto médico, mediante la cual se hace posible la detección de posibles contraindicaciones o incompatibilidades con tratamientos concomitantes, máxime tratándose de medicamentos de conocido riesgo¹²⁶–. Así, siempre que se le pidan sin receta, el farmacéutico está en todo el derecho de negarse a dispensar contraceptivos hormonales, sin necesidad de acudir a la objeción de conciencia. La Ley del Medicamento permite al farmacéutico negarse a la dispensación de los medicamentos por causas justificadas, y éstas, según el

¹²⁵ De hecho, el art. 343 bis del *Código Penal*, a partir de la Ley 45/1978 de 7.10.1978, tipifica la expendición de anticonceptivos (junto a medicamentos de cualquier clase), sin cumplir las formalidades legales o reglamentarias, como delito contra la salud pública (y el medio ambiente), obligando al Gobierno, según disposición adicional, a regular mediante decreto la expendición de anticonceptivos, y señalando que la publicidad de los mismos se ajustará a las normas generales que regulan aquélla y las específicas que sean de aplicación en la de éstos. Esta mención expresa a los anticonceptivos, en opinión de los tratadistas, encuentra su razón de ser “en la exorbitante venta de anovulatorios sin prescripción facultativa, siendo un hecho indiscutible que su ingestión no siempre es inocua, pudiendo causar perjuicios graves en algunos casos” (MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M., *La responsabilidad penal del médico y del sanitario*, cit., pp. 314-315).

¹²⁶ López Guzmán considera que “la ausencia del diagnóstico en la receta es uno de los mayores desprecios que, en el ámbito profesional, sufre el farmacéutico. ¿Cómo se va a verificar razonablemente el acto médico si no se sabe para qué está prescrito?” (LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 127). En este sentido hay un gran avance en el medio hospitalario, ya que toda la terapéutica se pauta haciendo constar el diagnóstico, y figura también en la historia clínica del paciente, que siempre puede consultarse.

principio importantísimo de la autonomía de su juicio profesional, pueden llegar a serlo.

En el mismo marco y en continuidad con lo dicho hasta ahora, también podemos entender el recurso a la objeción de conciencia como otro de los medios que debe poner el farmacéutico para no tener que cooperar con la tenencia y dispensación de medios anticonceptivos: del mismo modo que el médico tiene total libertad para decidir sobre la conveniencia técnica o ética de un tratamiento, pudiendo negarse a recetarlos, el farmacéutico debe poder negarse a facilitarlos por los mismos motivos. En los párrafos anteriores hablábamos de los motivos científicos, profesionales o legales que puede aducir. Ahora, en cambio, nos referimos a los motivos de conciencia, en razón de los cuales se ve llamado a no cooperar con un acto que juzga moralmente ilícito. Dentro de las motivaciones contenidas en la cláusula de la Ley del Medicamento que permite al farmacéutico la elusión de dispensación de fármacos por causa justificada, también se encuentra su conciencia. Sabemos que la objeción de conciencia es un derecho que cuenta con cobertura constitucional. También cuenta con la aprobación de los organismos más importantes de ordenación farmacéutica, como el Colegio Oficial de Farmacéuticos, que en los Estatutos de la Profesión la incluyó, a la vez que se comprometía a asegurar el respaldo institucional en caso de que el farmacéutico acudiera a ella. Con la *superpoblación* de oficinas de farmacia que tenemos en España, no debería constituir un problema el rechazo a la dispensación de determinados productos, puesto que seguramente hay una farmacia muy cerca en la que no tienen inconveniente en ofrecer ese *servicio*.

Pero debemos contemplar tristemente la posibilidad de que en algunos Estados todavía no se permita la objeción de conciencia farmacéutica en esta materia. Agotados todos los medios *dentro y al límite* de la legalidad para evitar cooperar a la anticoncepción, ¿qué debe hacer el farmacéutico? Hay que tener siempre en cuenta que tanto en el caso de la dispensación de anticonceptivos hormonales –por el significativo volumen de venta respecto al total de lo dispensado en una oficina de farmacia– como en el trabajo en la industria para su desarrollo y comercialización, podemos decir que

puede llegar a tratarse de una cooperación *habitual*, y no sólo *ocasional* –teniendo en cuenta que en el caso del trabajo en la industria, como hemos visto, suele ser más grave–. Por lo tanto, no descartamos la posibilidad de que, en algún caso extremo en el que fuera imposible que se cumpliera alguna de las circunstancias que podrían hacer lícita la cooperación material mediata, el farmacéutico se vea obligado a tener que dejar el empleo, aunque esto conlleve un menor aporte económico o mayores incomodidades.

No obstante, consideramos necesario remarcar un aspecto: si bien, tratándose de la colaboración a una injusticia tan grave como el aborto, la afirmación anterior admite pocos paliativos, es importante que la maticemos en el caso de los anticonceptivos, porque no deja de constituirse en una materia de menor gravedad que la tratada en el capítulo precedente¹²⁷. De modo que, aunque efectivamente puede parecer imperativa la elusión de la cooperación a un acto netamente malo como el que estamos contemplando, la objeción de conciencia en esta materia puede percibirse como un último recurso. Esto cobra mayor relieve en los Estados en los que el ejercicio de este derecho está visto con malos ojos, si no directamente prohibido. Sin tener que llegar, por lo tanto, a crear un conflicto interno de dimensiones desmedidas en la conciencia del farmacéutico, éste también puede lícitamente valorar las demás posibilidades con las que cuenta para *reducir al mínimo* su cooperación.

Así, generalmente, sobre todo en la oficina de farmacia, no hará falta llegar al extremo de dejar el trabajo: se puede llevar a cabo un *control restrictivo* de ventas de anticonceptivos, de tal manera que se adquieran del distribuidor con la menor frecuencia posible y en la mínima cantidad estipulada, se agote el número de días permitidos sin existencias de estos productos, no se expongan a la vista del comprador, se dispensen con desgana,

¹²⁷ Cfr. MANFRINI, V., *L'obiezione farmaceutica*, en PERRONE, B. (Cur.), *Realtà e Prospettive dell'Obiezione di Coscienza; i Conflitti degli Ordinamenti*, *Atti del Seminario nazionale di studio*, Milano, 9-11 aprile 1992, Giuffrè, Milano 1992, pp. 375-378.

etc. De esta manera se puede llegar a una considerable reducción de este *servicio*, y se puede conseguir que muchos clientes perciban que deben ir a otro lado a adquirir los anticonceptivos, sin generar innecesarios conflictos personales y sociales. Esta lícita elusión encontrará una fácil realización en caso de tratarse del titular de la oficina de farmacia; más complicado lo tendrá el empleado que deba enfrentarse a la oposición de los planteamientos morales del contratante: si se viera sometido a una constante y fuerte presión para promover la venta de estos productos –y en caso de que sean imposibles soluciones de compromiso como la distribución de tareas entre los distintos empleados–, podría verse efectivamente obligado a dejar el empleo.

Así, cabe destacar la actitud de testimonio heroico del farmacéutico que, aun sabiendo que la sanción legal correspondiente a su negativa a la venta de anticonceptivos será altamente gravosa, decide actuar de este modo. Álvarez de la Vega comenta que no todos están obligados en conciencia a actuar heroicamente, pero que una persona concreta sí que puede estarlo: no es fácil llevar una vida recta si nos despreocupamos de estos temas¹²⁸, pudiendo llegar a constituirse en cooperación formal aquello que en un principio era sólo material.

Pero efectivamente, como se ha visto, se puede optar por una participación activa en el paulatino reencauzamiento del ordenamiento jurídico y de las condiciones profesionales del farmacéutico, aun a costa de ceder terreno al principio. En este caso, siempre se debe contar con la neta y efectiva intención de mejorar la actitud de las personas –por ejemplo, informando sobre la conveniencia científico-técnica y ética del uso de la continencia periódica en el control de la natalidad dentro del matrimonio–, y la propia condición –eliminando la ocasión de pecado en que se encuentra–, redu-

¹²⁸ Cfr. ÁLVAREZ DE LA VEGA, F., *Ética de la dispensación de contraceptivos*, cit., p. 56.

ciendo la venta hasta el mínimo posible –haciendo que una cooperación *habitual* por su frecuencia se constituya en *ocasional*–¹²⁹.

En cualquier caso, el farmacéutico debe evitar el escándalo, dejando clara su postura siempre que se vea obligado a cooperar en esta materia, influyendo en la opinión pública y en las decisiones y mentalidad del Colegio de Farmacéuticos de su región, para que se vea respetada la dignidad de la persona y el derecho del farmacéutico a actuar según su recta conciencia.

No queremos concluir sin reflexionar sobre un dilema típico que plantean algunos autores por lo que se refiere a la objeción de conciencia del farmacéutico a la dispensación de cualquier tipo de medicamentos, y en particular de los anticonceptivos: es el caso de la farmacia única en un pueblo. Uno de los respaldos del farmacéutico objetor ha venido siendo el hecho de que, habitualmente, hay otros farmacéuticos cerca que están dispuestos a ofrecer el servicio que él rechaza, y que el Estado se ha comprometido a prestar a los ciudadanos que lo requieran regularmente. Pero, ¿y si hay que desplazarse a bastante distancia para acceder a otra farmacia? Se trata de dilucidar una serie de factores, que nos ayudarán en la resolución pacífica del conflicto. En el caso concreto del anticonceptivo hormonal, es evidente que no se está poniendo en juego la salud de la paciente sino sólo su estilo de vida, y la solicitud no responde a una urgencia. Por lo tanto, el trastorno que se ocasiona a la usuaria que tiene que desplazarse para adquirir el anticonceptivo en otro pueblo nunca será comparable con la protección jurídica de la objeción de conciencia del farmacéutico: ante el conflicto entre un derecho secundario de la mujer a requerir un servicio –que por cierto no incluye el profesional concreto que debe realizarlo–, y el

¹²⁹ Cfr. CUERVO, F., *Principios morales de uso más frecuente*, cit., pp. 94ss; GARCÍA DE HARO, R., *Cooperación al mal, conversión y gradualidad*, cit., pp. 135-153.

derecho fundamental protegido constitucionalmente a la objeción de conciencia del farmacéutico, sin duda debe prevalecer el segundo¹³⁰.

De todos modos, muchos autores convienen en que, en el caso de que en un pueblo se proporcione la asistencia farmacéutica a través de un solo establecimiento, para evitar conflictos puede ser conveniente que el farmacéutico manifieste abiertamente cuál es su postura personal y las razones que la avalan¹³¹, de tal modo que todos los que quieran adquirir los fármacos que él se niega a dispensar se ahorren el recurso a su oficina de farmacia, y puedan organizarse sin mayores molestias, acudiendo pacíficamente a otros lugares.

Para terminar el capítulo, y a modo de conclusión, podemos hacer una serie de afirmaciones. El acto anticonceptivo es intrínsecamente malo, y el farmacéutico tiene el deber de objetar a su colaboración material mediata a él. Cuando no haya fundada certeza de que el producto va a ser usado para fines ilícitos –por las propiedades terapéuticas o diagnósticas de algunos de ellos–, puede dispensarlo. Cuando concorra un riesgo grave de que, al no reconocerse jurídicamente la objeción de conciencia en ese caso, caigan sobre él duras penalidades, desproporcionadas al acto de cooperación, podrá dispensarlos, poniendo siempre empeño en evitar el escándalo y en cambiar la mentalidad de sus conciudadanos y el ordenamiento jurídico a cualquiera de sus niveles, a la vez que pone los medios para ir saliendo de la situación en la que se encuentra.

¹³⁰ Es conocido que si hay una única farmacia en un pueblo es porque hay una población menor de 4.000 habitantes, y en ese caso la usuaria de hecho no tiene más remedio que desplazarse al centro de atención sanitaria que tiene asignado, para ser controlada periódicamente por el especialista, con lo cual el viaje con ese motivo debe realizarlo igualmente (cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 129).

¹³¹ Cfr. *Ibid.*, pp. 128-129. Peláez lo explica en el contexto de la objeción de conciencia militar, aunque es aplicable a nuestro caso (cfr. PELÁEZ ALBENDEA, F.J., *La objeción de conciencia al servicio militar en el Derecho positivo español*, cit., p. 53).