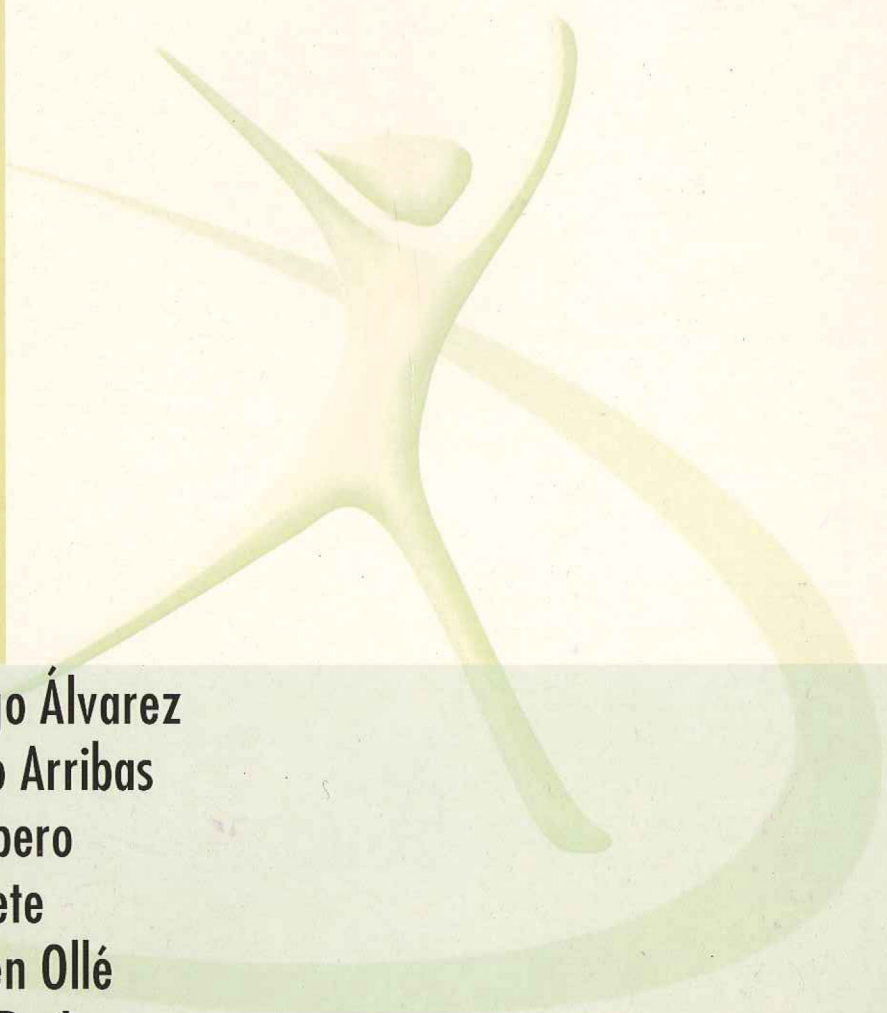


Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia

La píldora del día después



Dr. Domingo Álvarez

Dr. Lorenzo Arribas

Dr. Luis Cabero

Dr. Iñaki Lete

Dra. Carmen Ollé

D. Ricardo De Lorenzo

Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia

La píldora del día después

Dr. Domingo Álvarez

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Valdecilla. COF La Cagiga. SEC.

Dr. Lorenzo Arribas

Médico de Familia. Centro Salud de La Chana (Granada). semFYC.

Dr. Luis Cabero

Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Dr. Iñaki Lete

Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. SEGO.

Dra. Camen Ollé

Servicio de Ginecología. Atención Primaria. Ciutat Vella. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. SEGO.

D. Ricardo De Lorenzo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Esta obra está avalada por:



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



Sociedad Española
de Contracepción

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de emergencia (AE) puede ser definida como la utilización de un fármaco o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida. Supone un recurso para la prevención primaria del embarazo no deseado y también para la disminución del número de interrupciones voluntarias del embarazo. Esta Guía pretende ser un instrumento de utilidad para todos los profesionales de la salud y, como tales, implicados en la salud sexual y reproductiva.

Cuando una pareja está usando de forma regular y responsable un sistema anticonceptivo puede tener un accidente: se le puede olvidar una píldora a la mujer, puede romperse o deslizarse el condón, se puede calcular de forma errónea los días fértiles, puede haber una eyaculación antes de lo previsto... ¿deben estas parejas asumir el riesgo de encontrarse ante un embarazo no deseado?

Hay mujeres que no saben, o no pueden, decir no a una relación desprotegida, hay mujeres que tienen relaciones en condiciones que no les permiten tomar decisiones, bajo los efectos de alguna droga, hay mujeres que son violadas, ¿deben estas mujeres esperar angustiadas la llegada de la próxima regla?

Algunas mujeres necesitan un tratamiento potencialmente teratógico y han tenido un coito sin proteger en las últimas horas o están expulsando un DIU y han tenido un coito reciente...

Es evidente que estamos ante situaciones que podrían abocar a un embarazo no deseado y a la demanda de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o a continuar un embarazo que podría tener graves repercusiones psicosociales, tanto en la madre como en el/la niño/a.

Existe una segunda oportunidad para prevenir el embarazo no deseado. Todas estas mujeres podrían optar por la anticoncepción de emergencia (AE), también llamada tratamiento postcoital, píldora anticonceptiva de emergencia... si la conocieran y supieran dónde conseguirla.

Estamos ante un problema de Salud Pública que debe abordarse desde la Prevención Primaria:

1. Con una correcta educación afectivo-sexual, fomentando la prevención de los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA mediante el conocimiento y acceso a todos los métodos anticonceptivos, incluida la AE.
2. Sensibilizando a la sociedad, y en especial, a los profesionales que se ocupan de aquellos colectivos, como pueden ser los adolescente, las personas con alguna minusvalía, las poblaciones marginales, etc..., en los que un embarazo no deseado suponga un riesgo añadido para que exijan información y accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria precisa.
3. Haciendo que, desde el sistema sanitario, se sensibilice y se forme a los profesionales sanitarios, se den prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva sin trabas, con inmediatez y equidad, (sin que el coste económico dificulte la accesibilidad a la asistencia y a la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos).

La AE supone una "segunda oportunidad" para reducir en un alto porcentaje el riesgo de un embarazo no deseado ante un coito desprotegido, pero si las parejas que la necesitan la

desconocen, es como si no existiera. Y si conocen su existencia, pero no saben cómo acceder a ella, estamos ante un doble problema: el riesgo del embarazo no deseado y la frustración que produce el saber y no poder.

En el año 2000 se realizaron en España 63.456 interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs). Si tomamos como referencia a Trussel, por cada 1.000 tratamientos de la anticoncepción de emergencia (AE) se pueden evitar 53 embarazos no deseados. Podríamos decir que en España se necesitarían 943.000 tratamientos anuales de AE para reducir esta cifra de IVEs. Las necesidades estimadas serían de 100 tratamientos por 1.000 mujeres en edad fértil.

En los últimos 5 años, las publicaciones científicas de mayor prestigio nos alertan sobre la necesidad de difundir el uso de la AE. Se ha creado un "Consortio para la Anticoncepción de Emergencia" en el que intervienen ocho de las principales organizaciones internacionales relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar (Organización Mundial de la Salud (OMS), International Planning Parenthood Federation (IPPF), Program for Appropriate Technology in Health (PATH), etc...) y, como no podía ser menos, en Internet disponemos de más de 300 páginas Web que dan información en muchos idiomas sobre los distintos métodos de AE, sus indicaciones, efectos secundarios, cómo conseguirla, etc.

Evolución de la Anticoncepción de Urgencia (Píldora del Día Después)

La historia de la anticoncepción de emergencia (AE) se inicia en la década de 1960 en Yale con Morris y van Wagenen que administraron altas dosis de estrógenos a monos para impedir la implantación, pero se asoció con una elevada tasa de efectos colaterales gastrointestinales. Más tarde Yuzpe en la década de los 70 desarrolló un método que utilizaba anticonceptivos orales combinados, lo que permitió una importante reducción de las dosis. Desde entonces, son múltiples los estudios realizados con diversas hormonas y pautas, sin olvidar el dispositivo intrauterino que, por presentar su acción más allá de las 72 horas postcoito, se ha propuesto, y se propone, como otra posible respuesta a la AE.

A lo largo de estos años, a pesar de otras líneas de investigación, el método de Yuzpe ha sido la pauta más extendida y utilizada, posiblemente en relación a su accesibilidad (posibilidad de adaptar la pauta con kits de anticonceptivos orales) y su eficacia.

El Levonorgestrel (LNG) ha sido investigado durante años como posible anticonceptivo de emergencia. En la actualidad, la pauta propuesta es de eficacia superior al régimen de Yuzpe, ofreciendo una mejor tolerancia. Su reciente comercialización es, sin duda, un avance importante en la oferta actual de AE, y podríamos concluir que éste es actualmente el AE de elección, pero sin olvidar la necesidad de continuar el trayecto en la investigación de la AE.

Principales Métodos de Anticoncepción de Emergencia

1. Método de Yuzpe

Hace ya más de 20 años que Yuzpe describió la posibilidad de utilizar una combinación de estrógenos y gestágenos como método de anticoncepción de emergencia, y su uso se extendió entre los profesionales de la salud. Con posterioridad se describieron nuevas pautas de AE, cada una con posibles mecanismos de acción diferentes.

La pauta de Yuzpe actual es: 0,2mg de etinilestradiol (EE) y 1mg de Levonorgestrel (LNG) administrados en dos tomas con 12 horas de intervalo y en las 72 horas posteriores al coito

desprotegido. Esta pauta tiene una buena eficacia, con una tasa de fallos alrededor del 2-3% y en la práctica clínica una reducción del riesgo de embarazo de alrededor del 75%. Así pues, podemos concluir que su efectividad es de un 98%, (considerando la baja probabilidad de embarazo 0,8% en un solo coito), si bien hay que considerar los posibles efectos secundarios gastrointestinales.

2. Dispositivo intrauterino (DIU)

El DIU, como AE, puede ser utilizado hasta 120 horas después del coito desprotegido o, según algunos autores, hasta el 5º día de la postovulación, y su principal mecanismo de acción es antiimplantatorio. Su eficacia como AE es alta, con tasas de fallos inferiores al 1%, cercanas al 0% según algunos autores.

La razón por la que su utilización no está más extendida, a pesar de su gran efectividad, es la posible dificultad para su aplicación (precisa de profesionales médicos especializados), el riesgo de posibles enfermedades de transmisión sexual que puedan presentarse en el momento de la demanda y posible inserción y la selección de la población (no todas las mujeres son candidatas a los métodos anticonceptivos intrauterinos).

3. Levonorgestrel (LNG)

A principios de los años 70 se iniciaron algunos estudios de AE con LNG, con resultados favorables en cuanto a eficacia pero con efectos colaterales de alteraciones en el ciclo menstrual debido a las dosis utilizadas.

En 1993, otro grupo de investigación concluyó que el LNG suponía una alternativa aceptable al método de Yuzpe, pero no fue hasta 1998 cuando la OMS publicó los resultados de un ensayo clínico controlado y aleatorizado que ponía de manifiesto que la pauta con LNG, (tomado en 2 dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 horas, dentro de las 72 horas siguientes al coito desprotegido), resultaba más efectiva en la prevención del embarazo que la pauta clásica. Con LNG la tasa de fallos de la AE se estima en el 1% y supone la reducción del riesgo de embarazo en un 85%. La importancia de este último ensayo clínico viene determinada por la polémica que ha suscitado sobre la posible asociación entre efectividad de la AE y tiempo transcurrido entre el coito sin protección y el inicio del tratamiento. Para la OMS la eficacia de los tratamientos disminuye a medida que pasan las horas, lo que puede suponer un considerable impacto en las políticas sanitarias y en los programas de planificación familiar.

Por su mayor eficacia y mejor tolerancia es, sin duda, el LNG en la dosis propuesta, el tratamiento de elección, en la actualidad.

4. Otros métodos

El danazol es un esteroide sintético, químicamente similar a la testosterona que, a nivel ovárico, puede interferir, directamente, el desarrollo del folículo dominante y a nivel endometrial tiene acción antiprogestacional, induciendo la atrofia del mismo.

Su uso como método de AE fue ya propuesta en 1986 por Colombo y cols, con tasas de fracaso del 0,9%. Otros estudios, en 1991, cifraban la tasa de fallo del danazol en un 3,6%. La eficacia del danazol parece estar directamente relacionada con la dosis administrada, y supone la apertura de una nueva alternativa también eficaz para la AE.

La RU 486 es un esteroide sintético con actividad, marcadamente antiprogestacional, inicialmente, comercializada para la inducción farmacológica del aborto, si bien es importante considerar las posibilidades que puede ofrecer este fármaco en la AE.

En 1992 se publicaron los datos de un estudio comparativo entre la RU 486 y pauta de Yuzpe. En el grupo de mujeres tratadas con la RU 486 no se produjo ningún embarazo. Este estudio inicial dio pie a que la OMS iniciase un trabajo de investigación sobre las aplicaciones de la RU 486 en AE, trabajo que finalizó con la publicación, en 1999, de los resultados sobre más de 1.700 mujeres tratadas con RU 486 en diferentes dosis, con tasas de fallos cercanas al 1%. En España está disponible desde hace un año pero su única indicación es la de la finalización voluntaria del embarazo, antes de los 49 días de gestación, y deber ser utilizada en el medio hospitalario. Todos estos condicionantes hacen que no podamos utilizar este recurso AE farmacológica., que presenta una alta eficacia.

Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia hormonal

El mecanismo de acción de la AE hormonal es múltiple, y no se conoce con exactitud cuál es el fenómeno fisiológico que se altera para evitar una posible gestación, pero desde hace años se viene especulando con la posibilidad de que la AE con métodos hormonales actúe mediante:

1. Inhibición o retraso de la ovulación

A pesar de que algunos autores aseguran que el mecanismo de acción fundamental de la AE hormonal es la inhibición de la ovulación, la mayoría de los estudios realizados ha puesto de manifiesto que este efecto sólo se consigue en determinadas ocasiones.

Recientemente, el grupo que más publicaciones y estudios ha realizado sobre la AE, utilizando un modelo matemático de cálculo de probabilidad de embarazo, llegaba a la conclusión de que la efectividad de la AE hormonal no se conseguiría si el único mecanismo de acción fuese evitar, o retrasar, la ovulación y consideraban que existían otros mecanismos de mayor peso.

2. Alteraciones del transporte tubárico del óvulo

La posible influencia de la AE en el transporte tubárico del óvulo fecundado, acelerando o enlenteciendo su paso, se sugiere en estudios realizados en animales, pero este efecto no ha podido ser demostrado en los seres humanos.

3. Efecto luteolítico

La posible acción de la AE hormonal sobre el cuerpo lúteo se consideró a partir de un trabajo publicado en 1985, en el que se comparaban altas dosis de estrógenos con la pauta de Yuzpe. En el grupo que fue tratado con la pauta de Yuzpe se observó un acortamiento de la fase lútea, hecho que podía ser explicado como consecuencia del efecto luteolítico, en el 30% de las ocasiones, si bien estudios posteriores de otros autores han concluido que el efecto de la pauta de Yuzpe sobre el cuerpo lúteo no parece ser el principal mecanismo de acción de este tipo de anticoncepción.

4. Acción sobre el endometrio

La mayoría de los diferentes autores consultados parecen coincidir en que el efecto primordial de la AE se produce a nivel del endometrio. Los progestágenos, administrados postcoitalmente, retrasan la maduración del endometrio y alteran la sincronización necesaria para que se implante el blastocisto.

Efectos secundarios de la Anticoncepcion de Emergencia Hormonal

El principal, y mas frecuente efecto secundario del método Yuzpe es la aparición de nauseas (hasta un 50%) y vómitos (hasta un 20%) de las mujeres. También puede aparecer mastodinia, cefaleas y alteraciones del ciclo menstrual. Todo ello ha contribuido a estimular la investigación

de nuevas posologías o fármacos para la AE.

La pauta con LNG también se asocia a efectos secundarios similares a los descritos en el apartado anterior, si bien estos ocurren en tasas significativamente más bajas (náuseas: 23,1%, vómitos: 5,6%) que con el método de Yuzpe.

Contraindicaciones

Para un organismo de reconocido prestigio mundial como la IPPF, no existen contraindicaciones absolutas para la AE con hormonas a excepción de embarazo, sospechado o conocido. El hecho de que la gestación suponga una contraindicación absoluta para la AE no radica en la posible acción teratogénica de la pauta hormonal administrada, que no existe, como demostró, Bacic, sino en que, una vez producida la implantación, la AE ya no es efectiva, por lo que no tiene sentido su administración.

Metodos de anticoncepción de emergencia usados en nuestro medio

En España no existía anteriormente ningún preparado comercializado con la indicación AE, por lo que desde hace ya más de 20 años se ha recurrido a aplicar un tratamiento homólogo al propuesto por Yuzpe con los anticonceptivos orales combinados: Neogynona u Ovolex, que nos permiten con 4 grageas (cada gragea contiene 0,05 mg de EE y 0,25 mg de LNG) del blister de 21 obtener la misma pauta que Yuzpe (0,2mg de EE y 1mg de LNG).

Existe la posibilidad de adaptar la pauta de Yuzpe a otros preparados anticonceptivos de aparición más reciente, si bien debemos calcular la dosis si no disponemos de los ya citados en el apartado anterior de uso más fácil, Microgynon u Ovoplex 30/150 que nos permiten un tratamiento con 8 grageas del blister de 21, cada una de las cuales contiene 0,03 mg de etinestradiol y 0,150mg de Levonorgestrel; Triagyon o Triciclor que nos permiten un tratamiento con 8 grageas de blister de 21, cada una de las cuales contiene 0,003mg de etinestradiol y 0,125mg de Levonogestrel, etc...

Los motivos para utilizar estas, y no otras pautas, han sido fundamentalmente el reconocimiento científico de su seguridad y eficacia y su disponibilidad, ya que otras pautas descritas también eficaces y seguras no se encontraban a nuestro alcance hasta la reciente aparición en nuestro entorno del LNG.

Actualmente disponemos de los preparados de LNG comercializados con indicación de AE:

Norlevo y Postinor, envase con dos comprimidos de 0,75mg cada una de ellas, que administradas 2 veces con un intervalo de 12 horas nos permite atender a la demanda con mayor eficacia y menores efectos colaterales respecto al método de Yuzpe. Por ello debemos dar paso a la prescripción de este nuevo fármaco, considerado a este de elección en la AE.

Algunas administraciones sanitarias han considerado que la anticoncepción de emergencia, por su carácter de emergencia, sea atendida por los facultativos de cualquier Centro de asistencia de Atención Hospitalaria o Primaria y con carácter preferente en los servicios de Planificación Familiar y los de Atención y Educación Sexual a Jóvenes, y que el fármaco Norlevo forme parte de la medicación de urgencia de todos sus centros asistenciales y de tenencia obligatoria, para que pueda ser administrado en el momento de la demanda.

Sin duda, este momento permite favorecer la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia, y así actuar a favor de la disminución de los embarazos no deseados y en consecuencia, evitar interrupciones voluntarias del embarazo que afectan especialmente a mujeres jóvenes y mujeres en el entorno de la perimenopausia.

El DIU también se utiliza en algunas ocasiones como AE pero queda reservado a situaciones especiales, destacando aquellas en las que la demanda se realiza pasadas las 72 horas postcoito y teniendo en consideración el perfil de la mujer.

Situación de la Anticoncepción de Urgencia en otros países

COMERCIALIZACION DE LEVONORGESTREL 750 mcg			
PAIS	MARCA	PRESCRICION	FINANCIADO
EUROPA			
ALBANIA	NORVELO	NO	nd
ALEMANIA	DUOFEM	SI	NO
AUSTRIA	VIKELA	SI	NO
BELGICA	NORLEVO	NO	NO
CROACIA	NORLEVO	NO	nd
DINAMARCA	NORLEVO	NO	NO
ESLOVENIA	NORLEVO	NO	nd
ESPAÑA	NORLEVO/POSTINOR	SI	NO*
FINLANDIA	NORLEVO	SI	NO
FRANCIA	NORLEVO	NO	SI
GRECIA	NORLEVO	SI	NO
HOLANDA	NORLEVO	SI	SI
HUNGRIA	POSTINOR	nd	nd
ITALIA	NORLEVO/LEVONELLE	SI	NO
LUXEMBURGO	NORLEVO	SI	NO
MACEDONIA	NORLEVO	NO	nd
NORUEGA	NORLEVO	NO	NO
PORTUGAL	NORLEVO/LEVONELLE	NO	NO
REINO UNIDO	LEVONELLE-2	SI	NO
SUECIA	NORLEVO	SI	NO
SUIZA	NORLEVO	nd	nd
TURQUIA	NORLEVO	nd	nd
YUGOSLAVIA	NORLEVO	NO	nd
AMERICA			
BRASIL	NORLEVO	NO	SI
CANADA	PLAN B	nd	nd
COLOMBIA	NORLEVO	nd	nd
EL SALVADOR	VERMAGEST	nd	nd
ESTADOS UNIDOS	PLAN B	nd	nd
MEXICO	VIKA	nd	nd
PERU	NORLEVO	nd	nd
REP. DOMINICANA	NORLEVO	nd	nd
VENEZUELA	NORLEVO	NO	nd
ASIA			
COREA	NORLEVO	nd	nd
HONG-KONG	NORLEVO	nd	nd
INDIA	NORLEVO	nd	nd
ISRAEL	NORLEVO	nd	nd
SRI-LANKA	NORLEVO	NO	nd
TAILANDIA	NORLEVO	nd	nd
TAIWAN	NORLEVO	nd	nd
AFRICA			
ARGELIA	NORLEVO	nd	nd
BENIN	NORLEVO	nd	nd
CAMERUN	NORLEVO	NO	nd
CONGO	NORLEVO	NO	nd
GABON	NORLEVO	NO	nd

GUINEA	NORLEVO	NO	nd
MADAGASCAR	NORLEVO	NO	nd
MARRUECOS	NORLEVO	nd	nd
MAURICIO	NORLEVO	NO	nd
SUDAFRICA	NORLEVO	NO	nd
TUNEZ	NORLEVO	nd	nd

* Excepto algunas Comunidades Autonomas
nd: Informacion no disponible

Manejo clínico

En el manejo clínico de la Anticoncepción de Emergencia (AE) debemos tener presentes 2 aspectos. Por un lado las peticiones que la población nos hace, y por otro, algunas situaciones donde estaría indicada AE aunque la mujer no la solicite, y a iniciativa de los profesionales sanitarios. Ambas posibilidades se contemplan en las distintas indicaciones recogidas en el algoritmo.

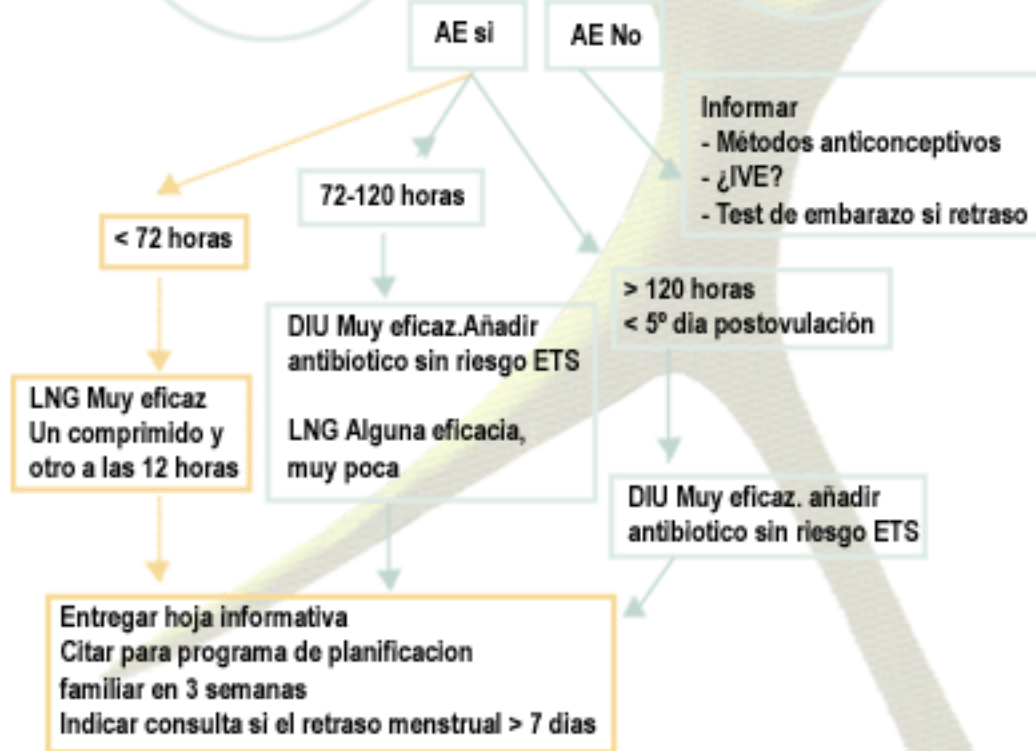
La nueva píldora postcoital de LNG aporta una gran seguridad, prácticamente carece de los efectos secundarios relevantes y no es teratógena. Una entrevista clínica, que la mayoría de las veces se hará sobre mujeres sanas, debe recoger los antecedentes personales, riesgo de ETS y sobre todo la fecha de la última regla normal y fecha y hora del coito a proteger. tras esto, y si aun no han pasado 72 horas se puede indicar la píldora postcoital de Levonorgestrel solo, que es mas eficaz cuanto antes se administra. Si han pasado mas de 72 horas se puede recomendar la inserción de un DIU de cobre que es eficaz hasta el 5º día de postovulación. Debe entregarse una hoja informativa e indicar una visita posterior para recomendar un método anticonceptivo seguro. Una visita mas inmediata será necesario si aparece un retraso menstrual de mas de 7 días.

INDICACIONES

- Coito sin ningún método anticonceptivo
- Mal cálculo de los días fértiles
- Eyaculación antes de lo previsto
- Rotura o retención del preservativo
- Olvidos en la toma de la pildora
- Expulsión de un DIU
- Violación
- Fármacos teratogénos y posibilidad de embarazo
- Relaciones bajo los efectos de drogas o alcohol

ENTREVISTA CLINICA

- Antecedentes personales
- Toma de medicación
- Menarquía
- Fórmula menstrual
- Fórmula obstétrica
- Fecha de la última regla normal
- Fecha y hora del coito(s) a proteger
- Riesgo de ETS



AE: Anticoncepción de Emergencia
LNG: Levonorgestrel
DIU: Dispositivo Intrauterino
IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

Información a la usuaria

¿Qué riesgo de embarazo hay ante un coito no protegido?

Un coito durante la ovulación y en la semana previa, puede acabar en embarazo, hasta en un 35% de los casos. Si se produce mas alejado de la ovulación ,el riesgo se sitúa entre el 5% y el 15%.

¿Qué es la píldora del día después o píldora potscoital?

Es un preparado hormonal, con 750 microgramos de Levonorgestrel.

¿Cómo actúa?

Puede inhibir o retrasar la ovulación, alterar el transporte de espermatozoides y óvulo he impedir la implantación en el endometrio. No es abortiva, previene el embarazo.

¿cuándo esta indicada?

Cuando se ha realizado el coito sin ningún método anticonceptivo, o los métodos se han utilizado incorrectamente. También en el caso de un mal calculo de los días fértiles, eyaculación antes de lo previsto, rotura o retención del preservativo, olvidos en la toma de píldoras anticonceptivas, expulsión de un DIU coincidente con un coito, violación, uso reciente de fármacos nocivos en posible embarazo y relaciones sexuales poco controladas bajo efectos de drogas o alcohol.

¿Cómo se utiliza?

El primer comprimido debe tomarse antes de que transcurran 12 horas después del coito sin protección, y el segundo comprimido debe tomarse 12 horas después del primero.

¿Qué eficacia tiene?

Es muy eficaz, pero puede haber fallos, es decir, embarazos, en un 2% a un 6% de los tratamientos. Es mas segura cuanto antes se tome.

¿Tiene efectos secundarios?

Son poco frecuentes, pero pueden aparecer nauseas, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, mareo, tensión mamaria y vómitos. Suelen desaparecer muy rápidamente. Si falla y se produce el embarazo no daña al feto. Si vomitas antes de que hayan transcurrido tres horas de la toma, tome otro comprimido.

¿Cuándo aparece la regla después de tomarla?

Mas de la mitad de las mujeres tiene su próxima regla sin apenas cambios de fecha, aunque puede aparecer antes o después de lo esperado. Se debe consultar al medico si se produce un retaso mayor a 7dias.

¿Qué se puede hacer si ha pasado mas de 72 horas?

Después de 72 horas, la píldora ya protege menos, peor aun se puede hacer algo. Podríamos colocar un DIU, que es muy eficaz. Consulte cuanto antes.

¿Qué hacer para prevenir mejor el embarazo?

Debe dirigirse a su medico, hacer una consulta de planificación familiar, para que se le aconseje sobre métodos anticonceptivos mas eficaces que la píldora postcoital.

¿Se puede hacer consultas por teléfono?

Podemos intentar resolver consultas urgentes y muchas dudas.

Aspectos bioéticos

El embarazo no deseado es un problema de salud reproductiva con repercusión biológica, psicológica, económica y social que lleva, en un número considerable y creciente de casos, al aborto voluntario (63.756 IVEs en España en 2000).

Si nos referimos al embarazo no deseado en la adolescente, el problema se agrava: el 30% termina en IVE y, de ellos, el 7% ocurre en el segundo trimestre, con el consiguiente aumento de morbilidad. Cuando el embarazo llega a término los problemas biológicos se minimizan ante las repercusiones psicológicas y sociales: abandono de estudios, inmadurez para el matrimonio y la crianza del recién nacido, malos tratos familiares y/o de pareja, que hipotecaran definitivamente el desarrollo y futuro de la madre.

Por lo tanto, debe abordarse desde la prevención primaria, antes de que el embarazo ocurra, implicando en su solución a los diferentes sistemas de Sanidad, Educación y Justicia, y abriendo un diálogo entre las partes que garantice los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia y justicia).

Un recurso necesario en la solución del problema es la información y accesibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia (AE).

Así, el principio de autonomía se garantizara con la información objetiva basada en el conocimiento científico del momento, que permite al individuo tomar decisiones de forma autónoma.

El principio de beneficencia, entendido como no causar daño y obtener el máximo beneficio posible, se logra evitando el embarazo no deseado. En el caso de la AE, el binomio riesgo/beneficio se decanta claramente hacia los beneficios al utilizar preparados que apenas tienen contraindicaciones y cuyos efectos secundarios son menores.

Y para que la prevención primaria sea eficiente, el principio de justicia debe mantenerse, ofreciendo una AE accesible en el mínimo tiempo posible, con una distribución equitativa que permita llegar a ella por igual a todos los que a necesitan, sin que la falta de información o de recursos económicos sea un obstáculo.

En cuanto a los distintos mecanismos de acción, unos impiden la fecundación del óvulo y otros impiden la nidación. Desde el conocimiento actual de la biología se contempla que el estatuto de pre-embrión (antes de la nidación) es diferente al del embrión y al del feto, y cualquier actuación realizada antes de la nidación no podría considerarse abortiva.

No es el objeto de este documento llegar a un consenso ético de mínimos, pero debe garantizarse que nadie se adjudique el derecho a monopolizar la verdad. Deben respetarse las diferentes posturas y deben respetarse, ante todo, el principio de autonomía de la mujer.

Podemos concluir que el principio de autonomía se cumple cuando la mujer tiene la información necesaria para poder decidir, el principio de beneficencia queda garantizado por la eficacia e inocuidad del LNG y el principio de justicia puede verse resquebrajado al existir diferentes políticas en cuanto a la prestación y gratuidad de la AE.

Aspectos jurídicos

En fecha de 23 de marzo de 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó la comercialización del fármaco conocido como píldora postcoital o píldora del día después, cuyo principio activo es el Levonogestrel.

Dicho acto administrativo generó una gran polémica profesional, social y mediática centrada fundamentalmente en el entorno sanitario y farmacéutico.

No cabe duda de que la aprobación por la autoridad sanitaria de la comercialización y dispensación de un fármaco que se relaciona con el proceso de concepción y anidación del óvulo produce importantes consecuencias jurídicas.

En efecto, en primer lugar, puede suponer un conflicto para el profesional sanitario, que asume una posición muy delicada entre el derecho de sus padres a dirigir la educación de sus hijos y el de estos a acceder por sí mismos a los servicios y prestaciones sanitarias, médicas y farmacéuticas y a buscar, recibir y utilizar información adecuada y veraz.

Por otra parte, suscita problemas en relación con la prestación del consentimiento de fármacos, sobre todo en menores de edad que acuden al profesional sanitario demandando la denominada píldora del día después sin la compañía de sus progenitores o allegados mayores de edad.

Además, ha de interpretarse en cada caso lo que tanto la doctrina como la jurisprudencia vienen denominando la "minoría madura", así como la información que toda paciente menor que se presenta al facultativo como madura debe recibir de las Administraciones Públicas.

La dispensación de la píldora postcoital a pacientes menores de edad

En relación con esta cuestión han de examinarse las posibles responsabilidades en que puedan incurrir los facultativos que prescriban a pacientes menores de edad, sin conocimiento de sus padres o tutores, la píldora postcoital.

Al parecer, una de las razones que promovieron la autorización de la comercialización del fármaco fue la importante proporción de menores de edad que acudían a consulta del facultativo a solas, sin la compañía de sus progenitores, representantes legales, tutores o allegados mayores de edad, demandando la prescripción de la píldora.

La problemática se plantea ante la falta de precisión que suele imputarse al artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para dar respuesta a este tipo de situaciones.

A los efectos que nos interesan es de señalar que el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad declara que:

"Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico en su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

b) cuando no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a

sus familiares o personas a él allegadas".

El problema radica, por tanto, en la determinación del momento de la adquisición de la capacidad legal suficiente para que el menor pueda prestar de una forma válida el consentimiento.

Desde este punto de vista, ha de hacerse referencia a la doctrina legal sentada por el Tribunal Constitucional en la sentencia 53/1985, de 11 de abril, resolviendo el recurso de Inconstitucionalidad 800/1983 impuesto contra el texto definitivo del Proyecto de Ley Orgánica de reforma del artículo 417 bis del Código Penal de 1973, y publicada en el Boletín oficial del Estado del 18 de mayo de 1985 que declara que:

"...en cuanto a la forma de prestar el consentimiento del la menor o incapacitada, podrá aplicarse la regulación establecida por el derecho privado..."

Ha de señalarse que esta declaración del Tribunal Constitucional es plenamente aplicable al supuesto que, como se ha dicho antes, en la sentencia dictada por el Máximo Interprete de la Constitución se analizaba la constitucionalidad de la reforma del precepto del Código Penal de 1973 que despenalizaba determinados supuestos de aborto.

En definitiva, para resolver la cuestión que estamos analizando, ha de acudirse a las normas del Derecho Privado, las cuales determinan que la mayoría de edad, esto es, el momento en que la persona adquiere capacidad para ser titular de derechos y obligaciones comienza a los 18 años. Hasta entonces y salvo los supuestos de emancipación de menores, los padres ostentan la patria potestad y representan legalmente a sus hijos menores.

A tales efectos, el artículo 162 del Código Civil declara que:

"Los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados.

Se exceptúan:

- 1. los actos relativos a derechos de la personalidad u otros en que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, puede realizar por si mismo.*
- 2. aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo.*
- 3. los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres".*

En consecuencia, desde el punto de vista de la dispensación de la píldora del día después debe tenerse en cuenta que constituyen excepciones a la representación legal de los hijos menores de edad no emancipados, la relación de actos que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda llevar a cabo por si mismo, así como los supuestos en que pueda existir como en el caso de la prescripción de la píldora, conflictos de intereses entre los padres y el hijo.

Como se ha dicho, el artículo 10.6 de la Ley 14/1986, de 25 abril, establece, en primer lugar, la posibilidad de que el consentimiento para el tratamiento o, como en el caso que estamos tratando, para la utilización de fármacos, sea prestado, cuando el usuario no este capacitado plenamente, por sus familiares o allegados. De este modo se amplía así el ámbito de las personas relacionadas con el usuario no capacitado, que pueden suplir el consentimiento de este.

Por otro lado, ha de tenerse en cuenta la regulación contenida en la Ley Orgánica 1/1996, de

15 de enero, de Protección Jurídica del menor, que en su exposición de Motivos, ya destaca que el desarrollo legislativo postconstitucional refleja el conocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlo, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad. así el concepto de "ser escuchado si tuviese suficiente juicio" se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico" se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que afectan al menor. Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos.

Señala también la Ley de Protección Jurídica del Menor que las limitaciones que pudieran derivarse del derecho evolutivo deben interpretarse de forma restrictiva. Mas aun, esas limitaciones deben centrarse con mayor énfasis en los procedimientos, de tal manera que se adoptaran aquellos que sean mas adecuados a la edad del sujeto.

El Ordenamiento Jurídico, y la Ley de Protección Jurídica del Menor en particular, van reflejando progresivamente una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de las necesidades de los demás.

El conocimiento científico actual nos permite concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos. De esta manera, se señala en la Exposición de Motivos, que podrán ir construyendo progresivamente una percepción de control acerca de su situación personal y de su proyección de futuro. Este es el punto crítico de todos los sistemas de protección a la infancia en la actualidad. Y, por lo tanto, es el reto para todos los ordenamientos y los dispositivos de promoción y protección de las personas menores de edad.

Ya, con carácter de Derecho Positivo, el artículo 2 de la Ley de Protección Jurídica del Menor dispone que:

"en la ampliación de la presente Ley primara el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. Asimismo, cuantas medidas se adopten al amparo de la presente Ley deberán tener un carácter educativo.

Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva".

Por su parte, el artículo 11 de la Ley declara que:

"Las Administraciones Públicas facilitaran a los menores asistencia adecuada para el ejercicio de sus derechos,

Las Administraciones Públicas, en los ámbitos que les son propios articularan políticas integrales encaminadas al desarrollo de la infancia a través de los medios oportunos, de modo muy especial, cuanto se refiera a los derechos enumerados en esta Ley. Los menores tienen derecho a acceder a tales servicios por si mismos o a través de sus padres o tutores o instituciones en posición equivalente, quienes a su vez, tienen el deber de utilizarlos en beneficio de los menores.

Las Administraciones Públicas deberán tener en cuenta las necesidades del menor al ejercer sus competencias, especialmente en materia de control sobre productos alimenticios, consumo, vivienda, educación sanidad cultura, deportes espectáculos, medios de comunicación, transportes y espacios libres en las ciudades".

En síntesis, de acuerdo con lo que venimos exponiendo, se puede afirmar que en lo que respecta a las prestaciones sanitarias, la capacidad del usuario esta concebida por el legislador en términos amplios, y que el acceso de los menores a dichas prestaciones sanitarias y farmacéuticas, por si solos y sin necesidad de autorización de los representantes legales, se constriñe a lo que la doctrina y su jurisprudencia mas reciente viene denominando como

"minoría madura".

La dificultad en esta aplicación de las previsiones de la Ley radica en determinar de forma concreta que es lo que debe entenderse por "menor maduro".

Con carácter general, habrá que tenerse en cuenta que la determinación del suficiente juicio del menor maduro tiene que llevarse a cabo poniendo en relación a dicho menor con los supuestos de hecho concretos y determinados para lo que se pretende valorar su capacidad, correspondiendo al facultativo la valoración concreta de la capacidad de la menor que pretende someterse al tratamiento de la anticoncepción postcoital.

Ello es así por cuanto el facultativo, es uno de los sujetos que, con el usuario de la asistencia sanitaria -en este caso la menor-, forma parte de la relación bilateral de carácter asistencial. no obstante, en aquellos casos limite en el juicio del facultativo que va a prescribir la píldora postcoital no pueda determinar con total exactitud si la si la menor que demanda el tratamiento puede ser clasificada como "menor madura", consideramos que no existe ningún impedimento jurídico para que dicho facultativo pueda recabar el auxilio de otros especialistas, como el psicólogo o el psiquiatra, que pueden ayudarle a determinar el grado de madurez de la menor.

De otra parte, todo paciente menor que se presente al medico como maduro, debe recibir la información las amplia posible sobre el tratamiento, ya que el menor tiene derecho a recibir información de las Administraciones Publicas conforme a los establecido en el artículo 5 de la Ley 1/1996, de 15 de enero, conforme al cual:

"los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo".

Es evidente que este derecho a la información que se reconoce a los menores ha de ser expuesto en relación con el artículo 10 de la Ley General de Sanidad y que debe ser especialmente garantizado en lo que afecte al ejercicio de derechos tan personalísimos como el derecho a la vida y del concepturus y de la salud de la usuaria de la píldora del día después.

Por ultimo, en relación con el consentimiento del menor, y admitida la capacidad del menor maduro para prestar un consentimiento valido y eficaz en el ámbito sanitario, es necesario poner de manifiesto determinados criterios jurídicos orientativos para que el facultativo que tiene encomendada la prescripción de la píldora del día después pueda tener cierta seguridad de que la menor que demanda el tratamiento pueda ser calificada como madura.

Estos criterios que, repetimos, han de ser siempre valorados por el facultativo prescriptor, deben centrarse siempre ante el supuesto concreto de la asistencia sanitaria solicitada, por lo que, constatada fehacientemente que la existencia de esta minoría madura, ningún grado de responsabilidad cabria imputar, en principio, al medico que prescribe la píldora del día después.

La opinión que sustentamos viene avalada, además de por las normas a que se han hecho mención anteriormente, por el Convenio Relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1977, y ratificado por España mediante Instrumento publicado en el B.O.E el 20 de octubre de 1999 (debiendo tenerse en cuenta que su vigencia comienza el 1 de enero de 2000), cuyo artículo 62 determina que:

*"Cuando, según la Ley, un menor no tenga capacidad de expresar su consentimiento para una intervención, ésta solo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad, persona o institución designada por la Ley.
La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez".*

Si se tiene en cuenta que nuestro Ordenamiento Jurídico (del cual forma parte el Convenio Europeo antes citado) atribuye capacidad para regirse por si mismos a los denominaos

"menores maduros", hay que entender que en ciertas situaciones asistenciales -como la prescripción de la píldora del día después- teniendo en cuenta la prestación solicitada (es decir la prescripción de la píldora), la edad y capacidad de entendimiento del menor, su opinión es muy trascendente para el facultativo a la hora de la decisión final que tiene que adoptar, pudiendo se llegar fácilmente a la conclusión de que el mero consentimiento de la menor resultaría suficiente para la prescripción de la técnica de anticoncepción postcoital, pues en este caso no nos encontramos -en principio- ante actos médicos que puedan ser de gravedad trascendente para la vida o integridad física de la menor (como pudieran ser las esterilizaciones, las intervenciones quirúrgicas o las técnicas diagnósticas que impliquen riesgos ciertos) que pudieran poner en entredicho la decisión tomada por las menores.

La información a la paciente y la prestación del consentimiento por la misma

Se ha dicho que el apartado anterior, que teniendo en cuenta una serie de factores que llevarían a una conclusión de que la menor que demanda del facultativo la prescripción de la píldora del día después podía ser encuadrada en el concepto de la "minoría madura", el mero consentimiento de dicha menor resultaría suficiente para la prescripción de la técnica de anticoncepción postcoital sin responsabilidad alguna de dicho facultativo.

Por ello, es necesario efectuar ahora una referencia a la información a la menor madura y a la prestación del consentimiento por la misma, con anterioridad a la prescripción de la píldora del día después.

Los problemas que plantea el estudio del consentimiento informado, en el caso de los menores e incapaces, son importantes, debiendo de hacerse mención, al abordarlos, en primer lugar a la regulación contenida al respecto en el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en su artículo, 6, que dispone:

"1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 (ensayos clínicos) y 20 (transplantes), sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la Ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, esta solo podrá efectuarse con la autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la Ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será considerado tanto o mas determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la Ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la Ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3 recibirán en iguales condiciones, la información que se refiere al artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada".

La Ley General de Sanidad configura el derecho a la información como derecho de "todos".

Por otro lado, el Código Civil, al regular la patria potestad, exceptúa del ámbito de la representación legal de los hijos a aquellos actos relativos a los derechos de la persona y otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo. Sin embargo, la determinación de las condiciones de madurez bastantes o del suficiente juicio del menor no pueden ponderarse más que en relación con las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se le exige.

Puede afirmarse que no existe en nuestro Derecho ninguna norma que determine con carácter general la edad o los criterios a los que habría que atender para valorar el grado de madurez del menor, se dice en la doctrina francesa, la "mayoría médica", que suele fijarse en los 15 años de edad.

En el derecho inglés, el Acta sobre Derecho de Familia la sitúa en los 16 años y distingue, además, según las características de la intervención médica. De ahí que, por regla general, sea válido el consentimiento otorgado por los mayores de 16 años sin necesidad de que, además, consientan los padres. Sin embargo, en los casos de cirugía mayor o de intervenciones de alto riesgo, se aconseja informar a los padres, salvo que el paciente no lo autorice. En los mayores de 16 años se atiende también a los distintos tratamientos, con la regla general de que el menor debe ser informado y consentir si es capaz de comprender su finalidad, la naturaleza y los riesgos de la intervención.

Es una conocida sentencia de la cámara de los Lores (Gillick contra el Hospital de West Norfolk, el Área de la Salud de Widsbeck y el Departamento de Salud) se consideró válido el consentimiento de una menor de 16 años para ser informada y consentir, sin información y consentimiento de los padres, en el tratamiento anticonceptivo. La sentencia exigió que se actuase en interés de la menor y que el médico se asegurase de la comprensión de la naturaleza del consejo o del tratamiento y con ello de los beneficios para su salud física y mental, y ello aunque no pudiera convencerla de que informase a sus padres o le permitiera hacerlo al médico, y aunque estuviera convencido de que la menor iniciaría relaciones sexuales.

El problema descrito hasta, la comercialización de la píldora del día después, no se había planteado directamente en nuestro derecho. La cuestión es debatida, enfrentándose las posiciones de quienes entienden que la patria potestad exige la intervención de los padres y quienes sostienen que la información sexual no se opone al derecho a recibir formación religiosa y moral de acuerdo con sus propias convicciones, existiendo algún antecedente resuelto jurídicamente, como ocurre con la Sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón del 26 de octubre de 1992.

Ha de volverse a insistir, para comentar dicha resolución judicial, en que nuestro Código Civil dice que los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de los hijos menores no emancipados, pero se exceptúa los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.

El alcance de las excepciones a la patria potestad y, sobre todo, el problema de sus límites, fue analizado por el Tribunal Superior de Justicia de Aragón en la sentencia comentada, poniendo de relieve las dificultades surgidas con motivo de su aplicación, también en el caso de la información a los adolescentes y confiriendo al menor un ámbito de decisión en muchos asuntos referidos a una persona, como pueden ser opciones políticas o religiosas, pero no sin estar desconectado del deber de obediencia y del deber -facultad de los padres de educación y formación integral, con lo que se plantean difíciles problemas de coordinación.

En concreto, se impugnaban en el derecho judicial unas instrucciones que hacían posible que los adolescentes (entre 15 y 17 años) pudieran asistir a centros públicos para recibir ellos la información sobre anticoncepción y sexualidad, sin necesidad de haber pasado por el médico de cabecera o estar acompañado de sus padres. La sentencia no admitió el recurso por

defectos formales, pero las cuestiones de fondo se encuentran en los votos particulares de la misma. En uno de estos votos particulares se admite que la vía de la simple información deja incólume la capacidad de decisión personal que puede y debe ser complementada por aquellos que tienen el derecho y deber de formar a quienes están bajo su guarda.

Más recientemente, la sala de lo Penal del Tribunal Supremo, en Sentencia 27 de junio de 1997, ha condenado por homicidio por omisión a los padres de un menor de 13 años de edad, que falleció por no haber recibido una transfusión de 6 centímetros cúbicos de plasma. Se trata de un caso en que los padres, al no existir la posibilidad de tratamiento alternativo, solicitaron el alta voluntaria, que les fue denegada por el hospital al entender que peligraba la vida del menor. El propio menor rechazó "aterrorizado", según la declaración de hechos probados de la resolución judicial, los intentos de transfusión de los médicos, una vez obtenida la autorización judicial para ello, reaccionando agitado y violentamente en un estado de gran agitación, que los médicos estimaron contraproducente por poder desencadenar una hemorragia cerebral. A diferencia de la sentencia recurrida en casación, en la que se planteaba expresamente el problema del valor del consentimiento del menor, el Tribunal Supremo afirma que el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres y pasa por la cuestión muy superficialmente, recordando, sin citarlos, que la legislación aporta expresivos ejemplos acerca de la irrelevancia del consentimiento u oposición de un niño de 13 años de edad, máxime, cuando, como en este caso, esta en juego su propia vida.

La actual Ley del Menor ha tratado de reforzar los derechos de los menores de edad, recordando que los mismos gozan de los derechos que les reconocen la constitución y los tratados internacionales ratificados por nuestro país, especialmente el derecho a la libertad ideológica, de conciencia y de religión, y el derecho a ser oído. Además, la Ley permite a las autoridades y servicios públicos que actúen en el ámbito de sus competencias en situaciones de riesgo y desamparo para los menores, bien por propia iniciativa, bien poniendo los derechos en conocimiento de Ministerio Fiscal.

Por ello, entendemos que, en el caso sometido a informe, los problemas para los facultativos que están facultados para la prescripción de la píldora del día después, en los casos que demanden la misma, menores de edad, pueden plantearse más que, por dejar de obtener el consentimiento de los representantes legales, por prescindir de la información y de la prestación del consentimiento de la menor o incapacitada con suficiente juicio.

Se trata, pues, de una cuestión de límites, que no siempre son fáciles de establecer y, como muestra de ello, puede destacarse que, en el informe Explicativo del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la biomedicina, redactado por Jean Michaud, se afronta la cuestión que venimos exponiendo. De un lado, por lo que se refiere a los menores, entiende el mencionado autor que la opinión del menor debe adquirir progresivamente en la decisión final, cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento. En consecuencia, en algunas ocasiones, el consentimiento del menor debe ser necesario o, al menos, suficiente.

Expuesto lo anterior, ha de precisarse a continuación que resulta difícil separar la información terapéutica del contenido ético y jurídico que le da sentido, que no es otro que el consentimiento informado, entendido como un proceso de interacción entre el profesional sanitario y el usuario destinado a la toma de decisiones terapéuticas. De hecho no son menos problemáticos que la información -en este momento en nuestro país- otros componentes de la teoría del consentimiento informado, como la voluntariedad del sujeto, los elementos de la evaluación de su capacidad para tomar decisiones, la aplicación de excepciones como el peligro para la salud pública o urgencia, o la complejidad de las decisiones de representación, como se ha venido poniendo de manifiesto hasta ahora.

La información, de hecho, forma parte también en buena medida del proceso de participación activa o de los pacientes o usuarios en la toma de decisiones clínicas (y, en el supuesto de prescripción de la píldora del día después, dicha información servirá para que el facultativo

pueda apreciar el grado de madurez del menor para la toma de decisiones en relación con ella). En este sentido, lo primero que hay que señalar es que la información constituye un proceso de relación y es por tanto, un proceso de diálogo, hablando, en el cual se produce una continua interacción, intercambio de información entre el sanitario y el paciente. Es quizás este sentido genérico y relacional en el que debería interpretarse el término "información completa y continuada", que se contiene en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad. Podría decirse que, desde este punto de vista, el criterio de información a aplicar en esta relación clínica es siempre "subjetivo", es decir, a un paciente hay que proporcionarle toda la información que necesite para tomar una decisión. El asunto estriba, pues, en aprender a detectar las necesidades y deseos de información, en mantener una actitud abierta y despierta en este sentido, en saber hacer y recibir preguntas, etc. Y, de esta manera, se conforma la información "adecuada" de la que se habla en el artículo 5 del Convenio Sobre Derecho Humanos y Biomedicina.

Analizada la necesidad de la práctica de la información terapéutica y de la obtención del consentimiento de la menor en dispensación de la píldora del día después, antes que nada debe distinguirse entre "qué debe informarse a la menor" y "cuánta información hay que darle".

Por lo que respecta a la cuestión relativa a "qué debe informarse a la menor" que demanda la prescripción de la píldora postcoital, hay que aducir que un documento escrito de consentimiento informado, en este caso, debe respetar al menos los siguientes criterios de información:

- naturaleza de la terapéutica: es decir, en que consiste la administración del fármaco y que se va a hacer para llevar a cabo dicha administración.
- Objetivos de la terapéutica: para que se aplica.
- Beneficios de la terapéutica: que mejoría para la salud física y mental de la menor espera obtenerse.
- Riesgos molestias y efectos secundarios posible, incluyendo los derivados de no practicar la terapéutica.
- Alternativas posibles a la terapéutica propuesta.
- Explicación breve del motivo que conduce a la elección de una y no de otras.
- Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando el usuario lo desee.

En lo que se refiere a "cuánta información hay que dar" y, más específicamente, en relación a la información sobre riesgos en los documentos escritos de consentimiento informado, debe ser, la siguiente:

- consecuencias seguras de la práctica de la terapéutica.
- Riesgos típicos de dicha práctica, es decir, aquellos cuya producción deba normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia.
- Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como las circunstancias personales o profesionales relevantes.
- Contraindicaciones.
- Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el usuario lo desea.

Es de destacar que, según la interpretación doctrinal y jurisprudencia mayoritaria, esta información debe ampliarse al máximo cuando la intervención que se solicita del facultativo no es curativa, siendo aconsejable que esa información se proporcione (si es verbal) o se redacte (si se lleva a cabo por escrito) en un lenguaje asequible y comprensible para la usuaria.

Una vez dilucidada la problemática de los criterios y estándares de la información a la usuaria de la píldora postcoital, debe plantearse la cuestión relativa a la clarificación de si en este tipo de prescripciones terapéuticas debe utilizarse, o no, la información escrita.

En primer lugar debe insistirse, en que la historia clínica sigue siendo lugar físico por antonomasia para registrar los procesos de información y consentimiento, aunque los profesionales sanitarios no suelen en tenderlo así. De hecho, resulta aconsejable para los profesionales que prescriben la píldora del día después que, en la historia clínica, incluyan los comentarios y anotaciones acerca de aquello que hablan con sus pacientes menores de edad, puesto que, dicha técnica, además de ser un signo de calidad, tiene valor probatorio a efectos jurídicos y ayuda a discernir la siempre polémica cuestión de "minoría madura".

En segundo lugar, la concreción final sobre si la prescripción de la píldora del día después es un procedimiento susceptible, o no, de documento escrito de consentimiento informado, es una cuestión que debería dejarse a la recomendación de las Sociedades Científicas, los Comités Asistenciales de Ética, las Administraciones Públicas Sanitarias, las Instituciones Sanitarias... y, en defecto de las recomendaciones anteriores se trataría de una decisión y una responsabilidad de los propios responsables sanitarios.

No existe duda alguna sobre la persona que deba ser la destinataria de la información terapéutica relativa a la prescripción de la píldora del día después.

En principio, el destinatario de la información es el propio paciente o el usuario, es decir, la menor que, de conformidad con los derechos que le reconoce la Ley de Protección Jurídica del Menor, y más en concreto -como se analizara el apartado siguiente- en aplicación del derecho a su intimidad personal, puede exigir al facultativo que guarde el secreto profesional sobre el hecho de la prescripción de la píldora.

No obstante, si la menor no exige al facultativo la garantía de confidencialidad de la información, en aplicación de las reglas del Derecho Privado, se presumirán legitimados a efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la consulta con el facultativo, si así lo autoriza la paciente o usuaria.

En caso de que el médico dude de la capacidad de hecho de la usuaria, o demandante de la píldora postcoital para la toma de decisiones, aun habiendo prestado su consentimiento para el uso de la terapéutica, parece recomendable recabar el auxilio del psicólogo o psiquiatra, para que certifique dicho grado de madurez de la menor para la toma de decisiones y en caso de discrepancia entre los profesionales sanitarios al respecto, poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal en los términos vistos en el artículo 14 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Protección de la intimidad de la menor que requiere la prescripción de la píldora postcoital

Es sobradamente conocido que pueden ser titulares del derecho a la intimidad de las personas físicas, las familias y las personas jurídicas. A primera vista pudiera parecer que los problemas derivados de la intimidad se plantean solo en los dos últimos supuestos. Peor la vida es rica en matices, y también la titularidad de la intimidad por las personas físicas plantea numerosas cuestiones, especialmente en relación con los menores, como veremos a continuación. Aunque los derechos de la personalidad se adquieren con el nacimiento, existen peculiaridades en relación con los menores de edad.

Así, el Código Penal vigente, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, establece en su artículo 197.5 un tipo agravado del delito de descubrimiento y revelación de secretos, cuando se trata de ataques a la intimidad de los menores. Dicho artículo dice así:

"Igualmente, cuando los derechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida

sexual, o la víctima fue un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior".

Ha de señalarse que el vigente Código Penal, puesto en relación con el anterior Código Penal de 1973, da una nueva y mas completa estructuración a los tipos delictivos relativos al descubrimiento y revelación de secretos.

En el vigente Código Penal, las acciones básicas son el apoderamiento de papeles o cartas, la interceptación de la correspondencia o utilización de artificios, con la finalidad de descubrir secretos o vulnerar la actividad del otro.

Castiga también al que, en perjuicio de tercero, se apodere, utilice o modifique datos preservados de carácter personal o familiar obrantes en archivos o registros públicos; y, como variante, al que acceda a dichos datos y los altere o modifique en perjuicio del titular de los mismos o de un tercero.

Asimismo, impone penas por la difusión, revelación o cesión a tercero de quien los descubriese, atenuándose la penalidad si lo realizare quien no hubiere tomada parte del descubrimiento.

Es complejo el juego de agravantes sobre los tipos básicos anteriormente citados y así:

En las acciones descritas en los incisos 1 y 2 del artículo 197 del Código Penal, si se realizaren por las personas encargadas o responsables de los ficheros , archivos o registros.

Las tres acciones básicas, cuando afecten a datos personales que revelen ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere menor o incapaz, o se realicen con fines lucrativos. Si concurrieran ambos elementos (datos personales y lucro) la pena tiene una importante exacerbación. También se impone pena agravada si el sujeto agente es autoridad o funcionario publico (artículo 198).

Por otra parte, en relación también con los menores, ha de ponerse de manifiesto que la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, tras señalar en su artículo 2.2 que

"no se apreciara la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviere expresamente autorizada por ley o cuando el titular del derecho hubiere otorgado al efecto su consentimiento expreso",

Dispone en su artículo 3:

"1. El consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil.

2. En los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de 8 días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez".

Además, debe tenerse en cuenta lo establecido al respecto por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, cuyo artículo 4, bajo la rúbrica del "Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen", establece lo siguiente:

"1. Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho comprende también la inviolabilidad del domicilio familiar y de la correspondencia, así como del secreto de las comunicaciones.

2. La difusión de información o la utilización de imágenes o nombre de los menores en los medios de comunicación que puedan implicar una intromisión ilegítima en su intimidad, honra o reputación, o que sea contraria a sus intereses determinará la intervención del Ministerio Fiscal, que instará de inmediato las medidas cautelares y de protección previstas en la Ley y solicitará las indemnizaciones que correspondan por los perjuicios causados.

3. Se considera intromisión ilegítima en el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen del menor, cualquier utilización de su imagen o su nombre en los medios de comunicación que pueda implicar menoscabo de su honra o reputación, o que sea contraria a sus intereses incluso si consta el consentimiento del menor o de sus representantes legales.

4. Sin perjuicio de las acciones de las que sean titulares los representantes legales del menor, corresponde en todo caso al Ministerio Fiscal su ejercicio, que podrá actuar de oficio o a instancia del propio menor o de cualquier persona interesada, física, jurídica o entidad pública.

5. Los padres o tutores y los poderes públicos respetarán estos derechos y los protegerán frente a posibles ataques de terceros".

El interés del citado precepto para el tema sometido al presente informe resulta indudable. Pero no lo es menos que, mas que clarificar la problemática jurídica que venimos analizando, viene añadir confusión sobre el concepto de intimidad. Obsérvese que el legislador mezcla los ámbitos propios de los derechos al honor, a la intimidad y a la propia imagen, tanto entre si como con los elementos extraños a los mismos: se considera intromisión ilegítima "cualquier utilización de su imagen o su nombre... que sea contraria a sus intereses".

Hoy en día proliferan, cada vez con mayor fuerza, las recomendaciones y medidas de salvaguarda del derecho a la intimidad del menor, tanto en el ámbito administrativo como en el judicial. Sin animo exhaustivo algunos podemos distinguir al respecto tres campos claramente diferenciados:

1 Regulación constitucional:

El artículo 20.4 de la Constitución Española establece como límite explícito para las libertades de expresión e información

"la protección de la juventud y de la infancia".

Por su parte, el artículo 39 de la Constitución, tras proclamar en su apartado 1º que

"los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia",

señala en su número 4º que

"los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos".

El número 4 del artículo 39 de nuestra Constitución implica, en efecto una remisión de la declaración de los Derechos del Niño,, proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, y a los artículos 24 y 10.3 de los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derecho Económicos, respectivamente.

El titular de este derecho de protección es el niño, sin distinción o discriminación por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas, origen nacional o social, nacimiento, posiciones económicas, filiación u otro estatus propio o de su familia. Por niño ha de entenderse el menor de edad, según la legislación que resulte aplicable.

Sistematizando los derechos del niño, cabe señalar las siguientes modalidades: estatus,

protección educación y recreo. En el primer sentido, el niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad. El niño disfrutará de una protección especial que le permitirá crecer y desarrollarse en la salud (lo que incluye las adecuadas atenciones pre y postnatales, nutrición alojamiento y atenciones medicas), seguridad afectiva y material, evitación de malos tratos y explotaciones (por lo que no será admitido a trabajo alguno antes de cumplir la edad mínima apropiada). El niño tiene derecho a recibir una educación, que será libre y obligatoria en los niveles elementales, capacitándosele sobre la base de la igualdad de oportunidades. Por último, el niño que este psíquica, física o socialmente disminuido, recibirá un tratamiento especial, la educación y los cuidados necesarios para su particular condición.

2 Los acuerdos internacionales:

La convención sobre los derechos del niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, reconoce en su artículo 16 en derecho del niño a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada... ni de ataques a su honra o reputación, concretando que el niño tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la Justicia de Menores, aprobada por Asamblea General en 1985, establecen que

"para evitar que la publicidad indebida o el proceso de difamación perjudiquen a los menores, se respetara en todas las etapas el derecho de los menores a su intimidad".

Por su parte, en Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, proclama en su artículo 6.1 que

"toda persona tiene derecho a que su causa sea oída públicamente".

Tampoco el Consejo de Europa ha sido ajeno a esa corriente y en su recomendación nº 20, de 1987, al referirse a la Justicia de Menores, recuerda el derecho de los niños al respeto de su vida privada

3 la legislación interna:

Tal y como se ha señalado anteriormente, hoy no puede olvidarse la salvaguarda de la intimidad de los menores impuesta por la Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor. Antes hemos transcrito su artículo 4º que reconoce el derecho de los menores al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

4 la intervención del ministerio fiscal:

El Ministerio Fiscal no puede permanecer pasivo cuando de la protección de los menores se trate. El artículo 3.7 de su Estatuto Orgánico le encomienda

"Asumir, o en su caso, promover, la representación y defensa en juicio y fuera de el, quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no pueden actuar por si mismos"

la instrucción 2/1993, de la Fiscalía General del Estado sobre "la función del Ministerio Fiscal y el derecho a la intimidad de los menores", recuerda que no puede limitarse la actuación del fiscal a la impasible contemplación de los problemas que pueden surgirle al menor, incluso derivados de maquinaciones familiares.

Siempre a tenido el Ministerio Fiscal intervención en materia de menores. Ahora bien el legislador lo va convirtiendo a pasos agigantados en un autentico protagonista de la defensa

del menor, bastando para ello atender al contenido de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor. Repasemos algunos aspectos.

En primer lugar, hay que deshacer el equívoco de que se trata de una norma de aplicación en el ámbito civil.

Su exposición de motivos no deja lugar a dudas, al afirmar que, aunque el núcleo central de la ley lo constituye la modificación de determinados preceptos del Código Civil, su contenido trasciende en los límites de este para construir un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones específicamente relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general.

Tal propósito queda claro desde el artículo 1º de la Ley. Bajo la rúbrica "Ámbito de aplicación", dispone que:

"La presente Ley y sus disposiciones de desarrollo son de aplicación a los menores de dieciocho años que se encuentren en el territorio español, salvo que en virtud de la ley que les sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad".

Por tanto, todos los menores de edad -según el criterio constitucional- sean españoles o se encuentren en España, aunque sea transitoriamente, gozan de la protección prevista en todo tipo de ámbitos.

A continuación, el artículo 2 señala dos principios generales de indudable calado:

El primero de ellos es el de primacía del interés del menor, que venía siendo conocido, antes de la aprobación de la Ley 1/1996, con la expresión "tout pour l'enfant". No se trata de un principio nuevo, pues su contenido se encontraba ya recogido en todas las reformas del Código Civil desde la llevada a cabo en el año 1981, pero lo novedoso es su formulación legal expresa. El artículo 2.1 dispone que:

"en la aplicación de la presente ley primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir".

El segundo párrafo del artículo 2 de la Ley 1/1996, dispone que:

"Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva".

Ahora bien la ampliación de los criterios que otorgan al menor capacidad de obrar no lo convierten en mayor de edad. Para evitarlo, se refuerza la intervención del Ministerio Fiscal en los términos explicados en la Exposición de Motivos: en todo el texto aparece reforzada la intervención de Ministerio Fiscal, siguiendo la tendencia iniciada con la Ley 21/1987, aplicando los cauces de actuación, a la que, por su propio estatuto, corresponde la representación de los menores e incapaces que carezcan de representación legal.

En cuanto a los derechos a la intimidad y a la propia imagen (además de honor), en la Ley Orgánica 1-1996, se establecen dos previsiones importantes para la intervención del Ministerio Fiscal:

En primer lugar (artículo 4.4) se concede en todo caso, es decir acumulativa y no subsidiariamente, legitimación activa en el Ministerio Fiscal, que puede ejercitar la acción de oficio, a instancia del propio menor o de cualquier interesado, sea persona física, jurídica o entidad pública.

En segundo lugar (artículo 4.2) no sólo se concede legitimación activa al fiscal, sino que se le impone el deber jurídico de interponer la acción en caso de intromisión ilegítima en los derechos del menor, cometida a través de un medio de comunicación. Es decir, aunque antes se haya ampliado el criterio para determinar la capacidad de obrar del menor, el Ministerio

Fiscal deberá intervenir siempre, incluso cuando mediara consentimiento expreso del menor o de sus representantes legales en la intromisión (artículo 4.3).

5 los menores extranjeros:

el artículo 13.1 de la Constitución establece con carácter general que

"los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la Ley".

En la primera ocasión que se ocupó del tema (sentencia 107/1984), el Tribunal Constitucional hizo al respecto tres afirmaciones de interés, en la autorizada opinión de Rubio Llorente, que fue el ponente de la sentencia:

Los derechos fundamentales de los que gozan los extranjeros en España (es decir, aquellos de los que la Constitución no les excluye expresamente), tienen el contenido que les atribuye la Ley y los tratados, y son por eso derechos de configuración legal, sin que ello altere su naturaleza propia ni les prive de la protección que la Constitución prevé para los derechos que en ella se garantizan.

La libertad del legislador para configurar los no es, sin embargo, total, pues aquellos derechos que son imprescindibles para la preservación de la dignidad humana (artículo 10.1 de la Constitución) corresponden a los extranjeros, por mandato constitucional, en los mismos términos que a los españoles.

En la configuración de los restantes derechos puede el legislador considerar como hecho relevante la nacionalidad y, en consecuencia, establecer diferencias entre españoles y extranjeros.

De acuerdo con la doctrina expuesta, los extranjeros gozaran en España en la misma protección a su intimidad que los españoles. Por ello no se incluyen en la regulación de la ley de derechos y libertades de los extranjeros en España, que se refiere marginalmente a ellos para ocuparse de otros en cuya configuración pretende establecer diferencias entre españoles y extranjeros.

La píldora postcoital y la objeción de conciencia

Los problemas que plantea la prescripción y dispensación de la píldora postcoital desde el punto de vista del profesional sanitario son, aparte los que se relacionen con la responsabilidad profesional, los relativos a la objeción de conciencia, pues, en vista del mecanismo de acción del fármaco, puede haber opiniones que sostengan que, no obstante no haberse producido la anidación y no haber comenzado al embarazo, puede introducirse la interrupción del proceso de formación de una vida humana, lo que resultaría contrario a sus principios ideológicos y religiosos.

Para afrontar esta cuestión conviene recordar la doctrina de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, que resolvió el entonces vigente recurso previo de inconstitucionalidad interpuesto contra el texto definitivo del proyecto de Ley Orgánica de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, sobre despenalización del aborto en determinados supuestos.

En el recurso se pretendía que la despenalización del aborto suponía la violación del principio de seguridad jurídica por no incluir previsión alguna sobre las consecuencias que la modificación introducida originaba en otros campos jurídicos y, especialmente y por lo que se refiere a nuestro caso, porque atribuye al médico el ejercicio de tareas o funciones públicas o cuasi judiciales, pero sin prever la abstención u objeción de conciencia del mismo.

Así planteado el asunto, la sentencia considera:

"Al Tribunal no se le oculta la especial relevancia de estas cuestiones, como también la de todas aquellas derivadas del derecho de la mujer a disponer de la necesaria información, no sólo de carácter médico -lo que constituye un requisito del consentimiento válido-, sino también de índole social, en relación con la decisión que ha de adoptar..."

No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales..."

El derecho que podría oponerse a la libertad de conciencia para justificarse la obligación de prescribir la píldora postcoital se basaría en consideraciones ancladas a la protección de la salud, e incluso del derecho a la protección de la juventud.

Recuérdese que el conflicto que trata de evitar la objeción de conciencia es el enfrentamiento de la obligación de realizar un determinado acto, que en este caso es el de la prescripción facultativa de un fármaco cuya acción conocida es la evitación del desarrollo de un preembrión, que el profesional tendría la obligación de realizar. En tal sentido, no podría oponerse al objeto de conciencia, como vía de solución del conflicto con el derecho de la menor a que le sea prescrita la píldora postcoital que procediera a la prescripción, pues ello implicaría, pura y simplemente, la ablación absoluta del derecho a la objeción.

En el litigio resuelto por la sentencia de la Sala de lo Social de Tribunal Superior de Justicia de Baleares del 13 de febrero de 1998 estimo contraria al derecho a la libertad ideológica y religiosa, y por tanto, anulo la circular remitida por la dirección de un Hospital a los profesionales sanitarios objetores de conciencia por la que, pretendiendo armonizar el respeto al derecho a la objeción de conciencia y el derecho a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, se imponía a dichos profesionales, no llevar a cabo directa y materialmente el aborto, pero si participar en la intervención mediante actos con la instauración de vía venosa y analgésica, control y dosis de oxitocina, control de dilatación de cuello de útero y control de constantes vitales durante todo el proceso.

El Tribunal recuerda que la objeción de conciencia no está regulada en la legislación ordinaria pero que forma parte del contenido esencial de la libertad religiosa y, por consiguiente, los poderes públicos tienen la obligación de respetarlo en la plenitud de su contenido, sin merma ni menoscabo. Desde el punto de vista, el efecto específico que produce la objeción de conciencia en nuestro caso no es otro que el de exonerar al médico de prescribir la píldora postcoital, lo que no cabe exigirle si ha declarado su objeción de conciencia.

Esta contraprestación de intereses estará siempre presente, mas el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia debe prevalecer, al menos hasta que se produzca una regulación específica porque, de obligar de alguna forma a los médicos a colaborar en la obtención de un resultado que es precisamente el que su conciencia les veda, se haría ilusoria la libertad de conciencia. Tal parece haber sido el argumento que ha llevado a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía a suspender los efectos de la orden de la Consejería de Salud Andaluza por la que se obligaba a las oficinas de farmacia a tener un *stock* y a dispensar la píldora postcoital.

Bibliografía jurídica

1. Alonso Olea M. El Consentimiento Informado en medicina y cirugía. Revista de Administración Pública nº 155. Mayo-Agosto 2001
2. Alonso Olea M. El Consentimiento Informado y las consecuencias de su falta o deficiencia. Actas del XIII Congreso Mundial de Derecho Médico. Vol. II. Helsinki.
3. Álvarez-Cienfuegos Suárez JM. La confidencialidad de los datos relativos a la salud. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo, Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomol.
4. Alvarez-Cienfuegos Suárez JM, López Domínguez O. El secreto médico y la confidencialidad de los datos sanitarios. En: De Lorenzo y Montero R.(Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. 2000.
5. Aulló Chaves M, Pelayo Pardos S. La historia clínica. En: De Lorenzo y Montero, R. (Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. 2000.
6. Cacault JA, Chevancha D, Biger T. Conduite a tenir face aux problèmes juridiques en maternité et gynécologie. Paris. Maloine. 1989.
7. Cantero Rivas R. Cuestiones relativas a la historia clínica. La Ley. 1996-1995.
8. Cantero Rivas R. La colisión de derechos fundamentales. La confrontación entre el derecho de acceso a la historia de la clínica, la protección de los intereses del médico y la intimidad del paciente. En: Jornadas de Estudio de la Asesoría Jurídica. Instituto Nacional de La Salud. Marzo 1999. Madrid 1999.
9. Criado del Río MT: Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid, Colex. 1999.
10. De Angel Yagüez R. Responsabilidad civil por actos médicos. Problemas de prueba. Madrid. Civitas. 1999.
11. De Angel Yagüez R. Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario. Madrid. La Ley. 1997.
12. De Angel Yagüez R. Orientaciones generales en torno a la responsabilidad civil por actos médicos. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
13. De Lorenzo y Montero R, Sánchez Caro J. El Consentimiento Informado. En: De Lorenzo y Montero, R. (Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. 2000.
14. De Lorenzo y Montero R. El consentimiento informado y la información clínica en el Derecho español. Incidencia del Convenio Europeo de Bioética. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
15. Fernández Costales J. Responsabilidad civil médica y hospitalaria. Madrid. La Ley. 1987.
16. Gil Hernández A. Intervenciones Corporales y Derechos Fundamentales. Madrid. Colex, 1995.
17. Gracia González S, Laborda Calvo E. Responsabilidad. En: De Lorenzo y Montero R. (Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. 2000.
18. Hernández Martínez-Campello, C. Secreto médico y confidencialidad de los datos personales del paciente. En: La responsabilidad civil y penal del médico. Madrid. Ilustre Colegio de Médicos de Madrid. 1999.
19. Herranz Martínez G. El Código de Etica y Deontología Médica. En: De Lorenzo y Montero, R. (Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. 2000.
20. Martínez-Calcerrada L. La responsabilidad civil profesional. Madrid. Colex. 1999.
21. Martínez-Calcerrada L. Sistemas de protección a la salud. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
22. Martínez-Pereda Rodríguez JM. La protección penal del secreto médico en el Derecho español. Actualidad Penal. Nº 10. 1996.
23. Martínez-Pereda Rodríguez JM. La minoría madura. Actas del IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid. Asociación Española de derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina. 1998.
24. Martínez-Pereda Rodríguez JM. Esterilizaciones y cirugía transexual. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero, R. (Directores): Derecho médico. Tratado de derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
25. Morales Prats F. Confidencialidad, intimidad e informática: la protección de los datos del paciente. Perspectiva jurídico personal. En: Jornadas sobre los derechos de los pacientes. Madrid. Instituto Nacional de la Salud. 1992.
26. Palacios M. Sobre la Convención de Asturias de Bioética. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
27. Pelayo Pardos S. Aspectos jurídicos relacionados con la historia clínica. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores) Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
28. Rebollo Delgado L. El Derecho Fundamental a la Intimidad. Madrid. Dykinson.
29. Retuerto Buades M, Siso Martín J. La salud, el sistema sanitario público. Su protagonista: el usuario. Derechos y deberes del usuario de la sanidad. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
30. Rodríguez Ramos. Las responsabilidades civil y penal en la actividad médica y quirúrgica. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
31. Romeo Casabona CM. El Médico ante el Derecho. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.
32. Romeo Casabona CM, Castellano Arroyo. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Derecho y salud. Nº1. 1993.
33. Soto Nieto F. Responsabilidad penal derivada de la actividad médica. En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. (Directores): Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.
34. Souroul JH, Bertrand J, Pierre T. Le gynécologue face aux juges. Paris. Ellipses. 1985.
35. VVAA. Aspectos medicos legales en Ginecología y Obstetricia. Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. EFFIK.
36. VVAA. El consentimiento en la utilización de fármacos. Madrid. Asociación Española de Derecho Farmacéutico.

37. Izquierdo Tolsada M. Sistema de responsabilidad civil, contractual. Madrid. Dykinson. 2001.
38. Zorrilla Ruiz MM. ¿Principio constitucional o derecho a la protección de la salud? En: Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. Derecho médico. Tratado de Derecho sanitario. Madrid. Colex. 2001. Tomo I.

Bibliografía técnica

1. Trussel J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269.
2. Morris JM, I van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development. III. The role of estrogens. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 96: 804.
3. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraception pilot study. *Journal of Reproductive Medicine* 1974; 13: 53.
4. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28: 932.
5. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37: 508.
6. Landgren B-M, Johannisson E, Aedo A-R, Kumar A, Yong-en S. The effect of Levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception* 1989; 39 (3): 275.
7. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428
8. Glasier A. Emergency contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058.
9. Trussel J, Rodríguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1998; 57: 363.
10. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New Engl J Med* 1995; 333: 1517.
11. Haspels AA. Emergency contraception: a review. *Contraception* 1994; 50: 101.
12. Fasoli M, Parazzini F, Cechetti G, La Vecchia C. Post-coital contraception: an overview of published studies. *Contraception* 1989; 39: 459.
13. Hümpel M, Wendt H, Pommerenke G, Weib C, Speck U. Investigations of pharmacokinetics of Levonorgestrel to specific consideration of possible first pass effect in women. *Contraception* 1978; (3): 207.
14. Ho PC, Kwan Ms. A prospective randomized comparison of Levonorgestrel with Yuzpe regimen in postcoital contraception. *Human Reproduction* 1993; 8: 389.
15. Colombo UF, Zugliani G, Molla R, Santini F, Santarone MA, Benzi G. Danazol: a new method of postcoital contraception. *Contracept Fétil Sexual* 1986; 14: 131.
16. Webb AM. Alternative treatments in oral postcoital contraception: interim results. *Adv Contracept* 1991; 7: 271.
17. Glasier A Thong KJ, Dewar M, MacKie M, Baird DT. Mifepristone (RU 486) compared with high dose of estrogen and progestagen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1992; 327: 1041.
18. Task force on postovulatory methods on fertility regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 697.
19. Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effects of postcoital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 738.
20. Trussel J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 872.
21. Van Santen MR, Haspels AA, Heijnen HFG, Rademakers LHPM. Interfering with implantation by postcoital estrogen administration. II: endometrium epithelial cell ultrastructure. *Contraception* 1988; 38: 711.
22. Kubba AA, With JO, Guillebau J, Elder MG. The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a d-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45: 512.
23. Bacic M, de Casparis AW, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinylestradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107: 531.
24. Álvarez González JD. Intercepción postcoital: prevención primaria. Libro de Comunicaciones del 5º Congreso de la SEC, 21-24 de Marzo de 2000; 103-110

Guía realizada por:

Dr. Domingo Álvarez

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Valdecilla. COF La Cagiga. SEC

Dr. Lorenzo Arribas

Médico de Familia. Centro Salud de La Chana (Granada). semFYC.

Dr. Luis Cabero

Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Dr. Iñaki Lete

Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. SEGO.

Dra. Carmen Ollé

Servicio de Ginecología. Atención Primaria. Ciutat Vella. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. SEGO.

D. Ricardo de Lorenzo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Las manifestaciones de los autores aquí reseñadas o citadas no concuerdan necesariamente con la opinión sostenida por DREIMAN.