

Editorial

Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar

Emergency contraception and conscientious objection: an ongoing debate

María del Mar García-Calvente^{a,b,*} y Vicente Lomas-Hernández^c

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.GRANADA), Granada, España

^c Servicio Jurídico, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Toledo, España

El objetivo de este editorial es reflexionar sobre la anticoncepción de urgencia y las posibles implicaciones para la salud pública de la reciente Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) sobre el recurso de amparo interpuesto por el cotitular de una oficina de farmacia por supuesta vulneración del derecho a la objeción de conciencia al haber sido sancionado por su negativa a disponer en su establecimiento de las existencias mínimas de la píldora poscoital¹. Ya que esta sentencia se basa en el posible carácter abortivo del fármaco, es importante comenzar aclarando qué es la anticoncepción de urgencia y cuál es su mecanismo de acción.

¿Qué es la anticoncepción de urgencia?

Son aquellos métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de urgencia para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a un coito no protegido o con protección inadecuada². En Europa existen tres métodos autorizados: dispositivo intrauterino de cobre, píldoras anticonceptivas de urgencia de acetato de ulipristal y píldoras anticonceptivas de urgencia de levonorgestrel, por orden decreciente de efectividad³. Internacionalmente se recomienda abandonar la denominación «píldora del día después» y utilizar la de «píldora anticonceptiva de urgencia» (PAU)⁴. En este editorial nos referiremos exclusivamente a la PAU de levonorgestrel (PAU-LNG), ya que es el fármaco al que atañe la STC comentada.

La eficacia anticonceptiva de la PAU-LNG está inversamente relacionada con el tiempo transcurrido desde el coito no protegido. Los ensayos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostraron que la PAU-LNG es muy eficaz en las primeras 72 horas (y hasta 120 h) tras el coito, pero su eficacia disminuye a partir del quinto día⁵.

El mecanismo de acción de la PAU-LNG: ¿un falso debate?

Una de las cuestiones cruciales en que se basa la STC es el mecanismo de acción de la PAU-LNG, debido a las dudas vertidas desde sectores profesionales conservadores sobre su posible carácter abortivo⁶. Existen sólidas evidencias de que el principal mecanismo de acción de la PAU-LNG es el de impedir o retrasar la ovulación⁶⁻¹². No hay evidencia de que interfiera con

la implantación del óvulo una vez que ha sido fecundado, y la mayoría de los estudios muestran que no tiene efectos sobre el endometrio^{13,14}, lo cual explicaría por qué no es 100% eficaz para prevenir el embarazo y por qué es menos eficaz cuanto más tarde se toma¹⁵. Los estudios indican que el LNG no tiene efecto alguno sobre el embarazo ya establecido, incluso en etapas muy tempranas^{16,17}, por lo que la PAU-LNG no puede interrumpir el embarazo ni dañar al embrión en desarrollo¹⁵. Estas evidencias están recogidas en informes y posicionamientos de organismos internacionales en salud sexual y reproductiva^{15,18} y de la OMS², que incluye este fármaco en su lista de medicamentos esenciales¹⁹, y diferencian claramente la PAU-LNG del aborto médico.

¿Qué nos dice la Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015, de 25 de junio?

La STC enfoca la pretendida objeción de conciencia del farmacéutico recurrente como una variante de la objeción de conciencia sanitaria a la práctica del aborto, de modo que la fundamentación jurídica del fallo pivota, en gran medida, sobre la doctrina fijada por el máximo intérprete de nuestra Carta Magna sobre su despenalización²⁰. A partir del planteamiento anterior –equiparación a estos efectos de «interrupción voluntaria del embarazo» y «píldora poscoital»–, dos son los argumentos centrales empleados por el TC para estimar el recurso interpuesto: a) la inexistencia de peligro alguno que obstaculice el derecho de acceso de la mujer a este tipo de medicamentos, y b) el reconocimiento genérico del derecho a la objeción de conciencia farmacéutica y, en particular, de la condición de objeto del farmacéutico recurrente, por la normativa interna de la organización colegial.

Se comentan a continuación las claves de la STC:

1. *Equiparación entre la objeción de conciencia al aborto y la objeción de conciencia a la dispensación de la PAU-LNG*
Se atribuye a la PAU-LNG la condición de «medicamento abortivo» sin tener en cuenta su consideración como «medicamento anticonceptivo de emergencia».
2. *Reconocimiento del derecho general a la objeción de conciencia*
Se trata de una afirmación que no encontraría correspondencia con el derecho positivo, tanto nacional como supranacional²¹.
3. *El derecho a la objeción de conciencia del farmacéutico a dispensar la PAU-LNG en el Ordenamiento Jurídico*

La Ley solo menciona este supuesto de exención de responsabilidad en relación con el incumplimiento del deber legal de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariadelmar.garcia.easp@juntadeandalucia.es
(M.M. García-Calvente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.007>

0213-9111/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

dispensación, pero no así en relación con el deber legal de disponer de existencias mínimas de medicamentos para la normal prestación de sus actividades o servicios.

4. *Validez jurídica del reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia por los estatutos colegiales*

Los estatutos colegiales no pueden crear *ex novo* derechos fundamentales ni regular su ejercicio al margen de la ley.

5. *La objeción de conciencia y el incumplimiento del deber de la oficina de farmacia a disponer de existencias mínimas de este medicamento*

El conflicto con la defensa del derecho a la vida tan solo podría suscitarse en el momento de la dispensación, que es cuando sí podría materializarse el supuesto riesgo abortivo del medicamento.

6. *Labor de ponderación realizada entre el derecho a la objeción de conciencia y el derecho a la salud: no se ve amenazado el derecho de la mujer a acceder a este tipo de medicamentos debido a la céntrica ubicación de la oficina de farmacia en la localidad de Sevilla.*

El TC parte de una presunción sin ofrecer dato objetivo alguno acerca de cuáles y cuántas farmacias se encuentran en la proximidad del establecimiento del actor, ni a qué distancia.

Implicaciones prácticas de la sentencia

Accesibilidad a la anticoncepción de urgencia como cuestión clave

En 2001 se autorizaron en España dos medicamentos anticonceptivos a base de LNG cuya indicación es la anticoncepción de urgencia, bajo prescripción médica²². Sin embargo, 7 años después la situación de la anticoncepción de urgencia en las distintas comunidades autónomas reflejaba grandes desigualdades en la prestación y múltiples obstáculos en su accesibilidad, entre ellos barreras atribuibles a profesionales que se acogían «inadecuadamente a la objeción de conciencia»²³.

En 2008, la Agencia Española de Medicamentos elaboró un informe sobre la seguridad de la utilización de la PAU-LNG como medicamento «sin receta», en el que concluía la eficacia del levonorgestrel como anticoncepción de urgencia, la ausencia de alternativas orales en España y la baja probabilidad de efectos adversos en la población, y recomendaba la dispensación tanto en las farmacias como en los centros sanitarios. En 2009, el gobierno autorizó la dispensación sin receta médica «con el objetivo de facilitar el acceso en el plazo adecuado que garantizara su eficacia, independientemente del lugar de residencia de las mujeres»²².

En la actualidad, la PAU-LNG está disponible en las farmacias en todos los países de la Unión Europea (excepto Malta) y solo en cinco de ellos bajo prescripción médica. Los datos sobre el uso de la PAU muestran una gran variabilidad, aunque en la mayoría de los países europeos el 20% de las mujeres la han usado alguna vez (en España el 14%), mientras que el uso repetido es infrecuente (entre el 0,1% y el 2%)²⁴.

Existen evidencias de que la libre dispensación facilita la accesibilidad y conlleva un aumento del uso de la PAU²⁵. Desde 2009 se ha producido en España un incremento de las ventas a farmacias, donde las usuarias pagan el coste íntegro, mientras que se han reducido las de instituciones sanitarias, donde la dispensación es gratuita, lo cual podría indicar la persistencia de barreras de acceso en los servicios sanitarios²³.

Repercusiones sobre la práctica profesional

Según datos de la Sociedad Española de Contracepción sobre actitudes y prácticas de las farmacias en relación a la anticoncepción²⁶, el 23% de las personas encuestadas considera la anticoncepción de urgencia como un método abortivo y el 4,6% se declara objetor de conciencia para su dispensación. En este

contexto, la reciente STC puede tener importantes repercusiones y aumentar las resistencias de algunos profesionales y dificultar el acceso de las mujeres a la PAU-LNG de libre dispensación.

En la práctica, los problemas se plantearán fundamentalmente en las zonas rurales y aisladas, pues hay que tener muy en cuenta que el fármaco solo es efectivo en las horas posteriores a la relación sexual, de modo que si no hubiera nadie más que el/la profesional objetor/a, tendría la obligación no solo de disponer en su oficina de farmacia de existencias suficientes sino de dispensar el medicamento solicitado²⁷.

En el ámbito de la sanidad pública, las comunidades autónomas ya habían ampliado el deber legal de dispensación de este fármaco a los centros de salud, puntos de atención continuada, servicios de urgencia hospitalarios y centros de orientación familiar, para que no se vea menoscabado el derecho de las mujeres a su salud sexual y reproductiva como consecuencia de la objeción de conciencia ejercida por el farmacéutico²⁸.

La garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Según los tratados internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción de buena calidad. Esto implica que «los productos, suministros y equipos para fines anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de urgencia, sean integrados en la cadena de suministro de medicamentos esenciales para aumentar su disponibilidad»²⁹. La falta de disponibilidad puede ser consecuencia de políticas basadas en determinadas ideologías con relación a la oferta de medicamentos o servicios, sobre la base falsa de que es abortiva³⁰.

En España, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo³¹ determina que los servicios públicos garantizarán «el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación (...) en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud». El acceso a métodos anticonceptivos de calidad y su uso favorecen que las personas puedan tomar el control de su sexualidad, la salud y la reproducción, lo que contribuye a lograr una vida sexual satisfactoria²⁹ con implicaciones especialmente importantes para la vida y la libertad de las mujeres.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

M.M. García-Calvente y V. Lomas Hernández concibieron la idea, redactaron el artículo y aprobaron la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

La autora y el autor agradecen a Gloria Pérez sus orientaciones para la elaboración del manuscrito y su contribución a la revisión del texto, y a Elisa Vizuete y a María del Río Lozano su ayuda en la búsqueda documental sobre anticoncepción de urgencia.

Bibliografía

1. Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015, de 25 de junio. BOE-A-2015-8639.
2. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N° 244. Ginebra: OMS; 2012. (Consultado el 15/09/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
3. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;8:CD001324.
4. Arribas L. Anticoncepción de urgencia 2010. *Aten Primaria*. 2010;42:129–31.
5. Von Hertzen H, Piaggio H, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomised trial. *Lancet*. 2002;360:1803–10.
6. Kahlenborn C, Peck R, Severs WB. Mechanism of action of levonorgestrel emergency contraception. *Linacre Q*. 2015;82:18–33.
7. Croxatto H, Ortiz ME. Cómo y cuándo el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. *Población y Salud en Mesoamérica* [revista electrónica]. 2007;4 (Consultado el 25/09/2015.) Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4553>
8. Westley E, Glasier A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bull WHO*. 2010;88:243.
9. Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception*. 2010;82:404–9.
10. Gemzell-Danielsson K, Berger C. Emergency contraception –mechanisms of action. *Contraception*. 2013;87:300–8.
11. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PG. Mechanisms of action of oral emergency contraception. *Gynecol Endocrinol*. 2014;30:685–7.
12. Batur P. Emergency contraception: separating fact from fiction. *Cleve Clin J Med*. 2012;79:771–6.
13. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation –a pilot study. *Contraception*. 2007;75:112–8.
14. Noe G, Croxatto H, Salvatierra AM, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*. 2010;81:414–20.
15. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO) and International Consortium for Emergency Contraception. Mecanismo de acción: ¿de qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo? New York: ICEC; 2012.
16. Zhang L, Chen J, Wang Y, et al. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2009;24:1605–11.
17. De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, et al. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril*. 2005;84:296–9.
18. European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Access to emergency contraception in the European Union countries. 2014. (Consultado el 23/09/2015.) Disponible en: <http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2014/11/Access-to-EC-in-EU-countries.-ECECOct2014.pdf>
19. WHO model list of essential medicines, 19th List (April 2015). (Amended August 2015). (Consultado el 3/10/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
20. Sentencia del Tribunal Constitucional n° 53/1985, de 11 de abril. Disponible en: <http://hj.tribunalconstitucional.es/Hj/es/Resolucion/Show/433>
21. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de fecha 2-10-01, n° de recurso 49853/99. Disponible en: <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/cedh-pichon.pdf>
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe sobre la actualización de la información de los anticonceptivos de emergencia que contienen levonorgestrel 1.500 mcg. Madrid: AEMPS; 2012.
23. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). Informe sobre la libre dispensación de la píldora anticonceptiva de urgencia. Análisis de situación y propuestas. Madrid: FPFE; 2012.
24. European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Anticoncepción de urgencia. Guía para la provisión de servicios en Europa. 2013. (Consultado el 20/09/2015.) Disponible en: <http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines.2015.pdf>
25. Soon JA, Levine M, Osmond BL, et al. Effects of making emergency contraception available without a physician's prescription: a population-based study. *CMAJ*. 2005;172:878–83.
26. Sociedad Española de Contracepción. El 92,1% de los farmacéuticos dispensa la anticoncepción de urgencia. (Consultado el 2 de octubre de 2015.) Disponible en: <http://sec.es/el-921-de-los-farmacuticos-dispensa-la-anticoncepcion-de-urgencia/>
27. Comité de Bioética de España. Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad. 2011. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>
28. Orden de 3 de octubre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prescripción y administración gratuita de la Píldora Postcoital en los Centros Sanitarios Públicos del Sistema de Salud de Aragón. Boletín Oficial de Aragón 122/2005, de 14 de octubre de 2005.
29. Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones. Ginebra: OMS; 2014.
30. Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet*. 2012;380:172–80.
31. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE N° 55/2010 (4 de marzo 2010).