Globethics Repository



Ética médica y píldora del día después, I
[Medical Ethics and the morning after pill, I]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Herranz,Gonzalo
Publisher	Universidad de Navarra
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-14 00:29:17
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214742

Ética médica y píldora del día después, I

El autor se refiere al mecanismo de acción de la llamada píldora del día después y se asombra de la nube de ignorancia que rodea a su efecto antinidatorio, precisamente en el tiempo de la medicina basada en la evidencia. En otro artículo que se publicará mañana en la sección de Normativa el profesor Gonzalo Herranz analizará el consentimiento informado en la prescripción de este producto.

***

La reciente aprobación por la Agencia Española del Medicamento de la comercialización del levonorgestrel en la forma farmacéutica de píldora del día después (pdd) es asunto que plantea problemas ético-médicos y deontológicos nada triviales y merecedores de comentario.

El mecanismo de acción de la pdd incluye un componente de significado ético fuerte: impide la anidación y, con ello, el desarrollo del embrión humano. Sabemos que lo hace, pero ignoramos cuantas veces los hace. En consecuencia, recetar el médico o tomar la mujer la pdd son acciones con fuerte carga de responsabilidad, en las que juegan un papel muy relevante factores de dos órdenes. Uno que podríamos asignar al área de la ética biológica; el otro, al de la ética profesional. El factor ético-biológico consiste en saber qué es lo que ocurre en el organismo de la mujer cuando ella hace uso de la pdd: sólo sabiéndolo, no daremos palos de ciego y será posible actuar con conocimiento y racionalidad. El factor ético-profesional consiste en analizar, a la luz de los principios y normas de la deontología médica, qué requisitos - de información no sesgada, de respeto por las personas y sus convicciones morales- habrían de exigirse para que un médico pueda prescribir la pdd.

Mecanismo de acción en la penumbra

¿Qué sabemos de la pdd? Aquí, la pregunta no se refiere primariamente a su eficacia y seguridad, a sus interacciones: de eso sabemos suficiente. Se refiere a su mecanismo de acción, del que necesitamos saber y hablar más.

Es casi rutinario decir que la pdd ejerce un efecto diverso y multifactorial, que depende de la relación temporal que se dé entre el momento de la ingestión del producto y el día del ciclo menstrual o el tiempo transcurrido desde la relación coital. En la versión oficial de los hechos, se dice que la pdd puede inhibir la ovulación o, a través de sutiles perturbaciones de la función del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, retrasarla; que puede modificar la textura del moco cervical y volverlo impracticable para los espermios; que puede enlentecer la motilidad tubárica y con ella el transporte de los gametos; que puede debilitar la vitalidad de los espermios y del ovocito y mermar su capacidad de fecundarse; o que, en fin, puede alterar el endometrio y hacerlo refractario o menos receptivo a la implantación del huevo fecundado. Es decir, unos cambios son contraceptivos porque inhiben a la fecundación; otros, en cambio, operan después de ésta y han de ser tenidos como interceptivos o abortivos muy precoces.

Qué parte juega cada uno de esos factores, y particularmente ese último y decisivo efecto antinidatorio de la pdd, en el resultado neto final de que nazcan menos niños, nadie se ha propuesto dilucidarlo. La cosa, importante como es, permanece envuelta en una tenaz nube de ignorancia. Sorprende que una cosa así ocurra en el tiempo de la medicina basada en pruebas, tiempo en que, en farmacología clínica, se hila muy fino y no están bien vistas ni la ignorancia ni la indeterminación. Disponemos sólo de estimaciones indirectas, aunque relativamente fiables, que permiten concluir que, aun dada a tiempo, la pdd no inhibe la ovulación siempre; que, a pesar de los cambios que induce en el moco cervical, la pdd no impide que los espermios pasen en cantidad disminuida, pero suficiente, a la trompa; y que el efecto antinidatorio endometrial juega un papel, decisivo aunque no cuantificado, en la eficacia del tratamiento.

Claridades y ambages

Una situación así obliga a actuar en la duda, con menos datos de los necesarios, lo cual crea conflictos. Con razón, quienes profesan un respeto profundo a todos los seres humanos sin excepción, estiman que jamás uno de ellos puede ser expuesto al riesgo próximo de ser destruido, aunque ese riesgo no esté cuantificado. Basta con que la pdd sea de hecho capaz de privar de la oportunidad de vivir al embrión humano para que la pdd sea condenable. Quienes no profesan aquel respeto prefieren negar el problema ético valiéndose de ciertos cambios del lenguaje. Para ellos, mudar el nombre de las acciones transmuta su moralidad. Afirma un editorial del New England Journal of Medicine: "…aun cuando la contracepción de emergencia actuara exclusivamente impidiendo la implantación del zigoto, no sería abortiva". Pero no se nos dice qué es. Quebrar la vida de un ser humano, por minúscula que sea la víctima, es algo que merece ser llamado de alguna manera. Impedir la implantación del embrión humano es un hecho de notable importancia ética que no se puede volatilizar por el fácil expediente de dejarlo sin nombre. Su sustancia moral no desaparece aunque se recurra a la redefinición de gestación y concepción que

hace años pactaron la OMS, la ACOG, la FIGO y las multinacionales del control de la natalidad. Pero la tal redefinición no es de recibo: a ella se vienen resistiendo año tras año, con una tenacidad sensata, muchos hombres y mujeres de buena voluntad, las sucesivas ediciones de los diccionarios generales y médicos, y los libros de embriología humana.

De todas formas, aun en medio del ocultamiento y la indeterminación, no faltan quienes, superado todo escrúpulo ético ante el aborto y la contracepción dura, se manifiestan con sincera franqueza. Un par de muestras: en la versión española, pero curiosamente no en la inglesa, de la página del Population Council en Internet, se lee: "lo que hacen las píldoras anticonceptivas de emergencia y las minipíldoras de emergencia es, principalmente, modificar el endometrio (la capa de mucosa que recubre el útero), para así inhibir la implantación de un huevo fecundado". Y Émile Etienne Baulieu acuñó el concepto de contragestivos para agrupar junto a la RU-486, la píldora abortiva que él había diseñado, los métodos de control de la fertilidad que son abortivos muy precoces, entre los que incluye los dispositivos intrauterinos, la contracepción hormonal a base de gestágenos y la contracepción postcoital. "De hecho –afirmó en su discurso al recibir la Medalla Lasker- la interrupción posterior a la fecundación, que tendría que ser considerada como abortiva, es algo que está a la orden del día […] Por esa razón, hemos propuesto el término "contragestión", una contracción de "contra-gestación", para incluir en él la mayoría de los métodos de control de la fertilidad".

Eso es hablar claro y sin tapujos. La evolución histórica de la contracepción ha seguido una trayectoria bien definida: de la anovulación a la intercepción, del ovario al endometrio, de antes de la fecundación a después de ella. El modo, lugar y tiempo de su actuación han ido cambiando a lo largo de los últimos 45 años. Pero se sigue hablando de contracepción, como si nada hubiese ocurrido.

El médico que profesa un profundo respeto a la vida y que no ignora el efecto antinidatorio de la pdd rehusará prescribirla, para lo que no necesita, a la vista de los términos que constan en la reciente autorización del levonorgestrel, recurrir a la objeción de conciencia. Pero, si un día se incluyera la pdd entre las prestaciones de las aseguradoras privadas o del sistema nacional de salud, el médico podría presentar objeción de conciencia a su prescripción, al igual que lo hace ante el aborto de embriones y fetos de mayor edad.

Gonzalo Herranz

Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra

Publicado den Diario Médico, 3-IV-2001