

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

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

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	2026-06-25 15:40:41
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214743

Ética médica y píldora del día después, II

En este segundo artículo, el autor destaca la importancia de una información completa en la prescripción de este producto y la obligación deontológica del médico de respetar las convicciones de la paciente, a quien no puede imponer su opinión.

Aunque es altamente cuestionable que la píldora del día después (pdd) pueda considerarse como un medicamento convencional, de momento, en España ha de prescribirse y dispensarse como si de un medicamento genuino se tratara. El farmacéutico sólo podrá dispensarla cuando la haya recetado un médico.

Conviene, pues, preguntarse qué normas deontológicas son especialmente pertinentes al caso. Son dos los artículos del vigente Código de Ética y Deontología Médica que, a mi parecer, las contienen.

El artículo 25 del Código de Ética y Deontología Médica

Este artículo dice que "el médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad".

El Código declara que la información sobre la reproducción humana es un área privilegiada, especial. En nuestro caso, impone al médico, en especial al ginecólogo y al médico general, el deber de informar sobre la pdd, no de modo rutinario, sino cualificadamente, pues la información que dan a quienes le preguntan ha de servirles a éstos para tomar decisiones con conocimiento suficiente y con suficiente responsabilidad. Tal información ha de ser objetiva, inteligible, adecuada.

Con datos parciales, oscuros o sesgados no puede llegarse a decisiones responsables. Es criterio general que el consentimiento del paciente no sería genuino, esto es, ni libre ni informado, si el médico le ocultara información que el paciente tuviera por éticamente significativa. Con respecto a la pdd, quien ha de juzgar es la propia mujer. El artículo 25 reconoce la especial e intransferible responsabilidad de cada uno en materia de reproducción humana, que, en el pluralismo ético de hoy, admite diferentes versiones: para unos, se trata de ejercer una maravillosa cooperación con el poder creador de Dios; para otros, se trata de expresar la centralidad que la reproducción humana ocupa en su plan de vida personal; para otros, finalmente, se trata de ejercer el derecho de transmitir al hijo, a través del material genético, la imagen de la propia identidad.

El médico ha de reconocer que quienes creen que la vida del ser humano comienza con la fecundación actúan con plena racionalidad cuando rechazan un tratamiento que pueda destruir una vida humana naciente, aun cuando la frecuencia absoluta de tal evento fuera baja. Es cierto que, en el proceso de consentimiento informado, el médico no está obligado a referir riesgos muy raros, pero esa norma decae cuando se tengan indicios razonables de que esa rara posibilidad es tenida por el paciente como importante, muy importante. Esos indicios se obtienen informando y preguntando. No hacerlo equivaldría a viciar el consentimiento, que ya no sería informado. Se sabe que se dan efectos psicológicos negativos —sentimientos de engaño, culpabilidad o tristeza, reacciones de rabia o depresión— en mujeres que creen que la vida humana comienza con la fecundación y que más tarde se enteran de que la pdd pudo haber eliminado una de esas vidas, sin que se les hubiera informado y dado oportunidad de expresar su voluntad. La falta de consentimiento en un caso así puede exponer al médico a enojosas consecuencias deontológicas y judiciales.

El artículo 8 del Código

Este artículo dice que "en el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias". Respetar a las personas es respetar sus convicciones. Como es lógico, las convicciones que el médico no puede imponer no son sólo las políticas, ideológicas o religiosas. Son también las técnicas y científicas. El médico ha de manifestar sus opiniones y recomendaciones que hagan al caso, pero ha de hacerlo sin abusar de su posición de poder. Si piensa el médico que el embrión humano es respetable sólo después de haberse implantado o incluso más tarde, esa es su opinión, pero no puede imponerla a quien tiene a la fecundación por comienzo de la existencia humana. No puede olvidar el médico que, para mucha gente, son inaceptables aquellas formas de regulación de la reproducción que permiten la fecundación y provocan luego la pérdida del embrión.

En su relación con el paciente singular, el médico no puede aplicar los criterios asignados, por las encuestas sociológicas, a las mayorías. Los sondeos de opinión pueden decir que la opinión prevalente es que el embarazo indeseado o inesperado tiene su destino más apropiado en el aborto, o que la pdd es la opción que ha de ofrecerse sin más averiguación a quien solicita contracepción urgente. Pero esa bien puede no ser la opinión de muchos otros. Incluso puede estar en contradicción con otras estadísticas. Así, por ejemplo, entre las adolescentes, que constituyen al respecto el grupo más vulnerable, las circunstancias (sociales, culturales, religiosas, familiares) que intervienen en la decisión de abortar o de continuar el embarazo son muy complejas e impredecibles, y obligan a prestar al asunto una atención individual y libre de prejuicios. En todo caso, el más justificado sería el prejuicio a favor de la vida. En efecto, los datos relativos al millón aproximado de adolescentes que anualmente quedan embarazadas en los Estados Unidos suelen mostrar con notable constancia que deciden abortar sólo un tercio de ellas (35%), mientras que los otros dos tercios (65%) lo continúan, aunque una séptima parte del total (14%) terminan en un aborto espontáneo.

El médico no puede prejuzgar que la persona que tiene delante participa de las mismas convicciones éticas que él. Y, menos todavía, puede dar por supuesto que esa persona prefiere ignorar o no dar importancia a las implicaciones morales o religiosas del uso de la pdd. Y, dado que hay pruebas que sostienen que la pdd ejerce un efecto antinidatorio y siendo imposible que el médico sepa de antemano si la mujer que le consulta objetará o no a su empleo, no se puede sostener que sea buena práctica médica privar a la mujer de la información imprescindible para que ella preste su autorización. No dar esa información sería a la vez un engaño y un abuso, que expropiaría a la mujer de su autonomía.

La situación definida como contracepción de urgencia no exime de ese diálogo singular y libre de prejuicios entre el médico y la mujer. No pertenece la prescripción de pdd al pequeño número de situaciones de urgencia extremada en las que puede prescindirse del consentimiento informado. En el caso de la presunta prescripción de la pdd no puede prescindirse de entablar con la mujer una relación inteligente, informativa, éticamente respetuosa, que tenga en cuenta sus creencias y valores.

La autorización para comercializar la pdd trae a primer plano esos dos aspectos básicos de la ética profesional de la medicina: el respeto a las convicciones del paciente y la comunicación de la verdad. Queden los que no han sido tratados aquí para otra ocasión.

Gonzalo Herranz

Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra

Artículo publicado en Diario Médico, 30-IV-2001