

CONSULTA SOBRE EL PROGRAMA DE LA “PÍLDORA POSTCOITAL”

*Informe del Comité Asesor de Bioética
de Atención Primaria-SALUD (Servicio Aragónés de Salud)
Zaragoza, 26 de enero de 2006*

El Comité Asesor de Bioética de Atención Primaria (CAB) ha procedido al estudio de la consulta realizada por el coordinador de un centro de salud solicitando asesoramiento sobre algunas cuestiones éticas prácticas planteadas por el *Programa de anticoncepción de emergencia con dispensación gratuita de la píldora postcoital (PDD)*, consultando específicamente sobre:

- I. Pautas que un coordinador de EAP debería seguir ante la objeción de conciencia por parte de médicos de un equipo de atención primaria.
- II. Recomendaciones sobre el proceso de consentimiento informado (CI) en la prescripción de la PDD, solicitando un modelo de documento adaptado al contexto de la atención primaria.

Tras deliberación y estudio de la consulta por parte de los miembros del CAB, en las reuniones celebradas el 3/11/05 y el 1/12/05, se procede, en la reunión ordinaria del 26/1/06, a la aprobación del siguiente

INFORME

I. Pautas que un coordinador de EAP debería seguir ante la objeción de conciencia por parte de médicos de un equipo de atención primaria.

1. Consideraciones preliminares, legales y ético-deontológicas, sobre la objeción de conciencia

La objeción se define de manera genérica como la negativa por motivos de conciencia del individuo a someterse a una conducta que en principio podría ser jurídicamente exigible ya sea por tratarse de una obligación que proviene directamente de una norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa. Por tanto, se trata de una omisión, lo cual se diferencia sustancialmente de la “desobediencia civil” que supone una oposición

activa y un enfrentamiento a la norma con la intención de derogarla. También es muy clara la frontera con la objeción por conveniencia u otras razones psicológicas.

Mientras la desobediencia civil persigue la infracción de la ley e incluso disparar el mecanismo represivo social buscando la reforma de la norma, en el caso de la objeción de conciencia se reclama que algunos comportamientos individuales no sean objeto de sanción al plantearse, de una manera racional, la opción entre la obediencia a la ley y la obediencia a la conciencia, optando por ésta última.

En el ordenamiento jurídico constitucional español se ha establecido la objeción de conciencia como parte del derecho fundamental a la libertad religiosa e ideológica reconocido en el artículo 16, incluido entre los merecedores de un nivel superior de protección. Se trata de un derecho no desarrollado mediante la preceptiva Ley Orgánica, aunque esto no implica un debilitamiento del mismo, sino todo lo contrario, tal como recoge Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985¹.

En el ámbito del Código de Ética y Deontología Médica, el derecho a la objeción de conciencia está claramente establecido en los artículos 9.3² y 26.1³. Por otro lado, toda prescripción terapéutica es un acto médico que conlleva responsabilidad. El Código de Ética y Deontología Médica (artículos 22, 27, 35 y 42) ha defendido siempre la libertad de prescripción del médico, habida cuenta de que sin libertad no hay responsabilidad personal, responsabilidad que se atribuye a los actos médicos. Por libertad de prescripción se entiende la capacidad de elegir, con ciencia y en conciencia, lo que el facultativo considera más adecuado para la persona a la que atiende, en un clima de confianza y de respeto mutuo.

La dificultad de la cuestión que se plantea es que la obtención de medicamentos, financiados o no, es uno de los derechos de los

¹La Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 afirma literalmente: "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 art. 16.1 CE y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales".

²"Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar."

³"El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes".

pacientes reconocidos por el ordenamiento jurídico⁴. Las actividades asistenciales más relevantes, agrupadas para formar la "cartera de servicios" o conjunto de prestaciones sanitarias que responden a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, están recogidas en el RD 63/95 sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, y al que se remite la Ley 16/2003, de 29 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). Dentro del servicio de Atención a la Mujer está la información y seguimiento de métodos anticonceptivos, que incluye la prestación de anticoncepción postcoital. En Aragón dicha prestación viene recogida en el *Programa de anticoncepción de emergencia con dispensación gratuita de la pildora postcoital*, en vigor desde el 24 de octubre de 2005 (Orden de 3 octubre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo -BOA nº 122, del 14-10-05 - e Instrucciones del 17 de octubre de 2005 del Director General de Planificación y Aseguramiento).

2. Conflicto de derechos

Ante una petición de la PDD a un facultativo que ejerce la objeción por motivos de conciencia a su prescripción, se suscita un problema asistencial que plantea dos cuestiones clave:

2.1. En relación a un médico objetor, existe una recomendación explícita del Código de Ética y Deontología Médica estableciendo que "informará sin demora de su abstención y ofrecerá en su caso el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó". Por tanto, un médico que opta por ejercer su derecho a la objeción de conciencia debe informar cuanto antes a su inmediato superior con el fin de recibir instrucciones de la administración sanitaria sobre el circuito asistencial a seguir para derivar la consulta a donde proceda. Recientemente el Colegio de Médicos de Zaragoza ha remitido a todos sus colegiados una nota informativa sobre el programa de dispensación gratuita de la PDD donde se reitera esta recomendación, poniendo a disposición de los colegiados que lo precisen un modelo orientativo de comunicación escrita para facilitar el proceso, disponible en la página web www.comz.org

2.2. Por parte de la persona que solicita la prescripción de la PDD pueden darse las circunstancias que justifiquen su derecho a la misma, en correspondencia a las prestaciones de la cartera de

⁴ "Con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias todos tienen derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado" (artículo 10.14 de la Ley General de Sanidad).

servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud, de tal modo que ante un médico que objeta legítimamente la usuaria solicitante podría ver lesionado un derecho, reconocido por la norma que ha establecido la autoridad sanitaria. Esta colisión de derechos debería ser resuelta por la administración sanitaria con medidas que hagan factible el ejercicio de ambos derechos, siendo éste el procedimiento adoptado por diversas CCAA donde se ha instaurado un programa similar para la dispensación gratuita de la PDD.

3. Orientaciones prácticas en el contexto de la atención primaria

Todas las posibilidades que se comentan a continuación deben considerarse como meras sugerencias, habida cuenta de que la toma de decisiones organizativas le corresponde a los Órganos directivos del SALUD.

Estas situaciones conflictivas, en la práctica, se pueden clasificar en los siguientes supuestos, cada uno de los cuales plantea diferentes circunstancias asistenciales:

3.1. Equipo de Atención Primaria (EAP) donde hay varios médicos en cada turno de horario, de los que la mayoría prescribe sin objeciones la PDD.

En estos casos, se trataría de habilitar el circuito para dar respuesta a esta petición presentada a uno de los médicos que sí objetan, derivando la petición a alguno de los facultativos que compartan el mismo horario de consulta, de forma consensuada. Si, como se espera, la solicitud de esta prestación va a ser excepcional, este procedimiento no supondrá una sobrecarga para el profesional al que se le derive la petición.

3.2. Equipo de Atención Primaria donde hay un solo médico en un turno asistencial, siendo éste objetor

En estos casos convendría recurrir a los conceptos que la Ley 41/2002 establece de "centro sanitario" y de "servicio sanitario", de modo que, en su aplicación a la organización de la atención primaria, el centro de salud se correspondería a "servicio sanitario", mientras que el concepto de "centro sanitario" se aplicaría al conjunto de unidades asistenciales que aseguran la atención continuada en cada área o sector de atención primaria. Si sólo hay un médico por turno asistencial y éste es objetor, habida cuenta de que se trata de una medida que tiene 72 horas de margen (preferentemente 24 horas), la solicitud podría derivarse al turno siguiente. Una correcta organización de los servicios debería asegurar que no coincidan en un mismo día varios profesionales objetores en aquellas circunstancias

en las que la atención dependa únicamente de un médico por turno. Sin embargo, la opción más operativa, que permitiría además un control más estrecho de todas las prescripciones de este tipo y un abordaje integral del tema -lo que se pretende en principio con el protocolo de dispensación gratuita de la PDD por el que ha optado el SALUD-, sería centralizar todas estas peticiones en un único centro de planificación familiar (PF) de referencia en cada sector sanitario, adecuadamente dotado y con un horario de atención continuada. La existencia de un centro único de referencia por sector sería más realista para detectar el preocupante uso reiterado de esta medida excepcional y de emergencia por parte de algunas pacientes, permitiendo tomar las medidas adecuadas para dar respuesta a este problema por parte de profesionales especializados en estas cuestiones

3.3. Consulta de urgencias atendida por un solo médico que es objetor

En estas situaciones habría que valorar la posibilidad de derivar la petición a otro punto de atención continuada o de urgencias disponible, o, si es posible por los plazos de efectividad del método, derivar a la solicitante al centro de planificación familiar (en la actualidad atienden este tipo de consultas "urgentes" a las 8 de la mañana), o a su médico responsable.

La propuesta de un centro de planificación familiar de referencia en el Sector donde se asegure una atención continuada de esta prestación, sería la opción más resolutive que, como se ha mencionado anteriormente, ya se ha puesto en marcha en otras CCAA.

II. Recomendaciones sobre el proceso de consentimiento informado (CI) en la prescripción de la PDD, solicitando un modelo de documento adaptado al contexto de la atención primaria.

1. Información para el profesional que prescribe la PDD

Como en cualquier otro acto médico, el profesional sanitario que prescribe la píldora postcoital o del día después (PDD) tiene el deber de obtener el consentimiento informado de la mujer, tanto por motivos éticos como legales, en relación con el respeto a la autonomía del paciente.

La ley 41/2002⁵, en consonancia con la opinión de los expertos y la jurisprudencia establecida hasta la fecha, fija que, como regla general, la información y el consentimiento informado se realizarán de forma verbal, excepto en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.

Además, indica que cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más necesario será desarrollar cuidadosos procesos de información y de consentimiento y, por tanto, puede ser necesario en estos casos el soporte escrito.

Por este motivo desde el Comité Asesor de Bioética se recuerda que, aunque en los Centros de Salud se dispone de un impreso de Consentimiento informado para acompañar a la prescripción de PDD, la obligatoriedad ética radica en llevar a cabo correctamente el proceso de información y consentimiento, sin que sea preceptiva legalmente la firma de un documento.

La explicación del contenido del documento sirve de guía para garantizar estas exigencias antes de administrar la prescripción a la paciente, si bien desde la gerencia se aconseja que se dé a firmar el impreso, lo cual queda a criterio del facultativo en su valoración de las circunstancias del caso.

2. Documento de Consentimiento informado (se adjunta en anexo)

⁵ **Art. 10 Condiciones de la información y consentimiento por escrito**

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.