



Estudio sobre los problemas legales y el marco jurídico de la intercepción postcoital (IPC) en la atención sanitaria

Study of Legal Problems and the Judicial Normative on Post-Coital Interception (PCI) in Primary Care

M^a Elena Albarrán Juan

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Presentación Sabio. Móstoles, Área 8. Madrid.

Andrés Santiago Sáez

Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesor asociado UCM, Madrid.

Bernardo Perea Pérez

Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesor titular UCM, Madrid.

Juan de Dios Casas Sánchez

Médico Forense (Móstoles). Madrid. Profesor asociado UCM, Madrid.

Resumen

El marco jurídico en lo que se refiere a la prescripción o dispensación, en relación con la intercepción postcoital (IPC), no debe valorarse desde una perspectiva aislada de las leyes sino que ha de complementarse con las normas deontológicas y éticas que guían la práctica del profesional sanitario. Asimismo no han de ser aplicadas de manera indiscriminada existiendo casos que han de valorarse de forma independiente como la minoría de edad o la agresión sexual.

Es fundamental que queden claros los conceptos legales, lo que ayudará a un mejor abordaje de este tipo de problemas sin que las dudas surgidas en este terreno puedan influir a la hora de tomar una decisión en una actuación sanitaria.

El desconocimiento, la incertidumbre o la ambigüedad puede potenciar una medicina defensiva que no sólo impediría el desarrollo individual y colectivo de las inquietudes de los facultativos en materia de salud, sino que también iría en detrimento de la atención prestada a los



usuarios, así como una gran variabilidad entre los diferentes profesionales a la hora de actuar ante una misma situación.

Palabras clave

Contracepción, contracepción postcoital, contracepción de emergencia, píldora del día siguiente.

Abstract

The judicial normative related to prescription and dispensation of post-coital interception should not be evaluated only from a legal perspective but should be complemented with deontological and ethical norms which guide the health professional practice. Also, the prescription should not be given indiscriminately but taking into consideration certain cases such as those of minors and sexual aggression.

It is fundamental that legal concerns should be well defined which would help for a better management of this kind of problems so that doubts in this matter will not influence in decision making in health professional practice.

Lack of information or ambiguity may potentiate a defensive kind of medical practice which may prevent development of individual or collective concerns of physicians in health matters and also would be detrimental to medical attention given to patients, as well as creating a great variability in decision making among professionals.

Keywords

Contraception, post-coital contraception, emergency contraception, the day after pill.

Introducción

Ha transcurrido más de un cuarto de siglo desde el inicio de uso de la *pauta de Yuzpe* como método de anticoncepción de emergencia, existiendo en el momento actual en España el fármaco *levonorgestrel* que se usa para intercepción postcoital con indicación en ficha técnica para tal uso.

Se han producido desde ese momento avances no sólo en el conocimiento del fármaco (administración, mecanismo de acción...) sino también en cuanto a los cambios en el marco legislativo.

El facultativo, dada la actualidad y la importancia de este tipo de dispensación/prescripción, ha de conocer y tener actualizados sus conocimientos científicos en lo referente a la farmacología pero también en lo que concierne a los aspectos jurídicos.

En último lugar han de ser estos conocimientos aunados junto con el sentido común y sin entrar en cuestiones morales, los que guíen esta atención.

Los problemas de tipo médico-legal así como éticos que se asocian a la demanda de la intercepción postcoital por parte de la usuaria han sido clásica-



mente los relacionados con la **dispensación a menores de edad** —confrontándose la ¿necesidad u obligatoriedad? de informar a los padres, con el deber de proteger el derecho a la intimidad del menor adulto—, la **objeción de conciencia**, y la **información a la mujer sobre el método y sus efectos**.

El marco jurídico en lo que se refiere a la prescripción o dispensación, en relación con la intercepción postcoital (IPC), no debe valorarse desde una perspectiva aislada de las leyes sino que ha de complementarse con las normas deontológicas y éticas que guían la práctica del profesional sanitario.

Quedan recogidos el derecho a la confidencialidad y el deber de secreto, inherentes a la relación clínica, siendo su incumplimiento un delito tipificado y castigado por la ley que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y la confidencialidad; el Art. 192.2 del vigente **Código Penal** expresa: «*el que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión de 2 a 6 años*» (1).

Casos especiales

Existen dos casos que crean una especial controversia a la hora de actuar por parte de los facultativos, en lo que se refiere a la intercepción postcoital: la agresión sexual en la mujer y el menor de edad.

En lo referente a la **mujer que ha sufrido una agresión sexual** el tratamiento óptimo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario. La consulta médica del paciente víctima de una agresión sexual debe incluir varios objetivos: tratar los daños físicos, proporcionar apoyo psicológico, prevenir la presentación de enfermedades de transmisión sexual, proporcionar, si así es deseado, una adecuada anticoncepción postcoital y recoger evidencias necesarias para la adecuada investigación legal (2).

Legalmente al joven se le reconoce a partir de los 13 años (antes a los 12) la capacidad de mantener relaciones sexuales. El Código Penal considera abuso sexual no consentido por el menor *el que se ejecuta con los menores de 13 años, aunque éstos presten su consentimiento* (Art. 180.1 y Art. 181.2), *de lo que se deduce sensu contrario*, que a partir de los 13 años tiene capacidad para consentir una relación sexual sin que ésta en principio sea delito (1) (3).

En cuanto al **adolescente** la madurez cronológica y psicológica (concepto bastante vago e impreciso) de la menor de edad habrá de ponderarse en relación con las circunstancias concretas del caso y con la importancia de la decisión que se exige, manteniendo un equilibrio entre el deber profesional y el sentido común, valorando los principios de autonomía, beneficencia y solidaridad para discernir la gravedad de las consecuencias que pudieran derivarse de las opciones a tomar.

En general, son las recientes transformaciones sociales y culturales producidas en la mayoría de los países desarrollados los que han ido concediendo un mayor protagonismo de forma progresiva al menor, primando cada vez más el criterio de autonomía del paciente sobre el de beneficencia de los padres o del Estado (4).

El punto 8.32 de la *resolución A3-017292* sobre una **Carta Europea de Derechos del Niño** dice: «*El niño (hasta los 18 años) deberá ser protegido frente a las enfermedades sexuales (genitales). A tales efectos deberá proporcionársele la información oportuna. Igualmente deberá proporcionársele*



una educación en materia sexual y las atenciones médicas con inclusión de las medidas dirigidas al control de la natalidad, dentro del respeto de las convicciones filosóficas y religiosas».

Así en la **Carta Europea de Información Juvenil**, en su preámbulo se puede leer que «*la democracia, los derechos humanos y las libertades fundamentales conlleva el derecho de toda la juventud a acceder a una información completa, objetiva, fiable y comprensible respecto de todas las preguntas y necesidades*». Este derecho a la información ha sido reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, y en la Recomendación N° (90) 7 del Consejo de Europa relativa a la información y el asesoramiento de la juventud en Europa (5).

En resumen se puede concluir que:

' El derecho de un menor de elección de un método de contracepción emana de un derecho de la personalidad, en el que no intervienen sus representantes legales, siempre que tenga las condiciones de madurez o suficiente juicio.

— La capacidad de optar por una medida de anticoncepción es independiente de la edad de 13 años marcada por el Código Penal para tipificar los abusos sexuales.

— La determinación de la capacidad de madurez forma parte del contenido normal del acto médico y de su forma de ejercicio.

Ante los extremos de actuación en la prescripción postcoital que son: una actitud rígida, moralista, culpabilizadora o el caso contrario permisiva y paternal, se deben utilizar todos los recursos de que se disponga para adoptar una actitud responsable, utilizando el sentido común y los conocimientos científicos, intentando buscar una solución idónea, razonable y que no perjudique la salud del paciente.

El **Código Deontológico** contiene varios artículos que de manera directa o indirecta son aplicables a la intercepción postcoital.

Entre los principios generales se recogen algunos específicos que se refieren a la **protección de datos informatizados (6)**:

- **Principio de sobriedad (pertinencia):** «...recabar y registrar lo estrictamente necesario para asegurar una atención médica de calidad...».
- **Principio de transparencia:** «...lo mejor es que el paciente conozca qué tipo de información sobre su persona está recogido, así como quién y bajo qué condiciones puede acceder y/o acceder a ella».
- **Principio de responsabilidad:** principio relacionado con la máxima hipocrática *non nocere*. Implica que los profesionales deben ser cuidadosos y responsables en el manejo de los datos, habida cuenta de las consecuencias que pueden tener en los pacientes pequeños errores u olvidos y recuerda que el trabajo en equipo no debe utilizarse como excusa para difuminar responsabilidades.



- **Principio de protección universal:** las medidas de seguridad para proteger los datos sanitarios deben ser aplicadas siempre, en todos los centros y para todos los usuarios.

El marco ético en el que se desarrolla la prescripción ha de basarse en la perspectiva de los 4 principios éticos: **beneficencia** (el mejor plan terapéutico disponible para el problema de salud que presenta el paciente), **no maleficencia** (garantía de que no se somete a riesgos o perjuicios desproporcionados), **autonomía** (aceptación por parte del paciente de un determinado plan terapéutico tras la adecuada información) y **justicia** (aceptamos que en nuestro país existe universalización de la prestación sanitaria) (7).

En el **Código de Ética y Deontología Médica** (Organización Médica Colegial) (8) podemos destacar:

Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes.

Art. 8.1. «En el ejercicio de su profesión el médico respetará las **decisiones de sus pacientes** y se abstendrá de imponerles las propias».

Art. 8.2. «El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la **intimidad de su paciente**».

Art. 9. «El médico ha de respetar el derecho del paciente a **rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento**. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa».

Art. 10.6. «La **opinión del menor** será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez».

Art. 13.1. «Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente **historia clínica**. El médico tiene el derecho y el deber de redactarla».

Capítulo IV. Secreto profesional del médico.

Art. 17.1. «Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad».

Art. 17.2. «Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa».

Capítulo V.- Calidad de la atención médica.

Art. 19.1. «El médico debe **abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad**. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia».

Capítulo VI. De la reproducción humana.

Art. 25. «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».



Ante la demanda de este tipo de fármacos, el profesional sanitario deberá regirse por este Código Deontológico respetando la intimidad del paciente proporcionando información comprensible, tomando en consideración su opinión en función de su edad y grado de madurez, registrando todo el proceso asistencial en la historia clínica, cumpliendo todos los requisitos de confidencialidad, y en el caso de abstención por parte del facultativo (desconocimiento, objeción de conciencia...) éste deberá proporcionar una alternativa que puede ser la derivación a otro compañero. Ante la demanda de este tipo de fármacos, el profesional sanitario deberá regirse por este Código Deontológico respetando la intimidad del paciente proporcionando información comprensible, tomando en consideración su opinión en función de su edad y grado de madurez, registrando todo el proceso asistencial en la historia clínica, cumpliendo todos los requisitos de confidencialidad, y en el caso de abstención por parte del facultativo (desconocimiento, objeción de conciencia...) éste deberá proporcionar una alternativa que puede ser la derivación a otro compañero.

Son varias las leyes existentes a las que se puede recurrir para intentar minimizar la duda que pueda surgir en la prescripción de IPC en lo referente a casos dudosos como la minoría de edad, agresión sexual, etcétera surgiendo el problema cuando estas leyes no son lo suficientemente contundentes o claras y tienen una ambigüedad tal que su interpretación varía en función de quién la haga, siendo el caso de la IPC un ejemplo claro.

Como veremos más adelante, se introduce el concepto de «**menor maduro**» que debe ser en última instancia valorado por el médico (en muchas ocasiones en condiciones no deseables como son una demanda de urgencias, sin cita previa, con un tiempo limitado que impide realizar una buena labor informativa y sobre todo preventiva para un futuro, no solamente en el campo del embarazo no deseado sino también en cuanto a la transmisión de enfermedades de transmisión sexual). No se da, sin embargo esta duda en el caso de una agresión sexual, donde existen protocolos establecidos de la actuación a seguir.

Se pueden utilizar como criterios para determinar «la madurez» (9), sin perjuicio del uso de otros, la evaluación por parte del menor del entendimiento de:

- la información que se le proporciona
- la situación en que se encuentra
- los riesgos y beneficios de su situación

El facultativo debe determinar los criterios objetivos que le llevan a considerar al menor maduro, actuar con arreglo a lo establecido en los art. 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002 y anotar el proceso asistencial completo en la historia clínica (10).

Marco jurídico

El **marco jurídico** propiamente dicho, en el momento actual, viene dado por:

A. La Constitución Española, 27 de diciembre 1978 (BOE, 29-12-1978) (11):

- *Art. 16.1.* Derecho a la libertad ideológica, religiosa y objeción de



conciencia.

- Art. 43. Derecho a la protección de la salud.
- Art. 39.4. «Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos».
- Art. 13.1. «Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley».

B. Ley General de Sanidad, 25 abril 1986 (12):

Señala en el punto 7 de su Art. 18 que las Administraciones públicas desarrollarán programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.

C. RD 63/1995, de 20 enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (13):

Expresa que la indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos está dentro de los servicios, atenciones y prestaciones de la Atención Primaria (Anexo I apartado 2.6).

D. R.D. Sobre Estructuras básicas de Salud (EBS), 11 enero (BOE, número 27, 1-2-1984) (14):

Explica en 8 artículos los conceptos de delimitación de Zona Básica de Salud (ZBS), Centro de Salud (C.S.), Equipo de Atención Primaria (EAP), Coordinador, funciones de los EAP, jornada de trabajo, coordinación de niveles del personal sanitario y de las competencias de los EAP.

El siguiente apartado se refiere al hábito de prescripción de un grupo de facultativos pertenecientes a un Centro de Salud concreto que trabajan formando parte de un Equipo de Atención Primaria, con dependencia funcional de un Coordinador médico, que atienden una Zona Básica de Salud determinada.

E Código Civil (15):

Capítulo primero. Disposiciones generales.

Art. 156. referido a la patria potestad: «Las facultades (derechos y deberes) que los padres tienen sobre las personas y bienes de sus hijos, como medio para procurar su asistencia y formación física e intelectual durante el tiempo de su minoría de edad». En general, es ejercida por los dos progenitores o bien por uno de ellos con el consentimiento expreso o tácito del otro.

Capítulo II. De la representación legal de los hijos

Art. 162. «Los padres que ostenten 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 que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí 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».

Art. 314. Recoge las situaciones en las cuales el menor de edad consigue la emancipación (matrimonio, >18 años, concesión de los que ejerzan la patria potestad en >16 años, concesión judicial en > 16 años y >16 años que con consentimiento de los padres vive independientemente de estos).

F. Ley Orgánica 5/2000, de 12 enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (16):

Art. 1.1. Declaración general.

«Esta Ley se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de 18 por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales».

Art. 1.3. «Las personas a las que se aplique la presente Ley gozarán de todos los derechos reconocidos en la Constitución y en el ordenamiento jurídico, particularmente en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, así como en la Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989 y en todas aquellas normas sobre protección de menores contenidas en los Tratados válidamente celebrados por España».

Art. 3. Referido a la responsabilidad en menores de 14 años, en los que se aplicará lo dispuesto en el Código Civil y en la Ley Orgánica 1/1996.

Disposición adicional segunda. «Cuando los Jueces de Menores, aplicaren alguna de las medidas terapéuticas a las que se refieren los artículos 5.2, 7.1 y 29 de esta Ley, en caso de enfermedades transmisibles u otros riesgos para la salud de los menores o de quienes con ellos convivan, podrán encomendar a las autoridades o Servicios de Salud correspondientes su control y seguimiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública».

G. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen (BOE, número 115, de 14-05-1982) (17):

Art. 2.2. «No se apreciará la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviere expresamente autorizado por Ley o cuando el titular del derecho hubiere otorgado al efecto su consentimiento expreso».

Art. 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».

Art. 3.2. «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 ocho días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez».

H. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica al menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil (BOE, número 15, de 17-01-1996) (18):

Art. 1. «La presente Ley y sus disposiciones de desarrollo son de aplicación a los menores de 18 años que se encuentran en territorio español, salvo que en virtud de la ley que les sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad».

Art. 2. «...primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir...»

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

Art. 4.1. «Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen...»

Art. 4.4. «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».

Art. 5.1. «Los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo».

Se establece que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos. En términos similares se pronuncia el Convenio de Oviedo, 2000.

I. Convenio de Oviedo. Oviedo 4-4-1997 (BOE, número 251 de 20-10-1999) (19):

Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, vigente en España desde el 2000. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será determinante en función de su edad y su grado de madurez.

Tanto la Ley Orgánica 1/1996 de protección del menor, como el Convenio de Oviedo son antecedentes normativos del marco jurídico del menor, precediendo a la Ley de Autonomía del Paciente.

J. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, número 274, de 15-11-2002, Pp 40126-40132) (20):

Define el **consentimiento informado** como *«la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta su salud»* y la **libre elección** con *«la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso»*.



Los temas tratados en esta Ley son: derecho a la información asistencial (*Art. 4*), titular del derecho a la información asistencial (*Art. 5*), el derecho a la intimidad (*Art. 7*), consentimiento informado (*Art. 8*) —será verbal por regla general, salvo excepciones—, límites en el consentimiento informado y consentimiento por representación (*Art. 9*), condiciones de la información y consentimiento por escrito (*Art. 10*), información en el Sistema Nacional de Salud (*Art. 12*).

Las modificaciones que aporta la ley en lo referente al menor y su marco jurídico son: establecer en 16 años la mayoría de edad, exista o no emancipación, teniendo en cuenta la facultad del médico para apreciar la capacidad del menor en la comprensión del alcance de la intervención a llevar a cabo, estableciendo como criterio para la solicitud del consentimiento sin representación la capacidad intelectual y emocional del menor.

Es una ley de carácter básico, aplicable en todo el territorio nacional y que puede ser desarrollada por las Comunidades Autónomas y completada en los ámbitos no regulados específicamente, pero no podrán contravenir lo dispuesto en ella.

Conforme a la información recibida del médico (que debe ser clara y precisa), el paciente tiene la responsabilidad de aceptar o no los tratamientos propuestos, debiendo quedar todo ello claramente reflejado en la historia clínica.

Según Gallero Riestra y col. podemos resumir en 20 puntos clave esta ley (21):

1. «La información asistencial debe proporcionarse, básicamente de forma verbal.
2. El médico es el responsable de proporcionar la información asistencial.
3. La prueba de que se dio la información y se obtuvo el consentimiento recae sobre el médico.
4. El titular del derecho a la información es el paciente.
5. La cantidad de información que hay que proporcionar es la necesaria para que el paciente pueda tomar sus decisiones, proporcionada de forma adecuada, verdadera y comprensible.
6. La información asistencial es un derecho del paciente, y no un deber, excepto en unos supuestos concretos.
7. De manera absolutamente excepcional, es posible no dar toda la información al paciente.
8. El consentimiento, como regla general, también puede prestarse verbalmente.
9. Cuando el consentimiento tiene que otorgarse por escrito, el alcance de la información debe hacer referencia a unos aspectos concretos determinados legalmente.
10. Toda actuación en el ámbito sanitario requiere el previo consentimiento del paciente, excepto en dos supuestos concretos: riesgo para la salud pública y riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir



su autorización...

11. El médico es quien puede y debe valorar si el paciente goza de capacidad para tomar decisiones.
12. La edad para prestar el consentimiento se ha situado en los 16 años, aunque ello no implica que un menor de esa edad no pueda también otorgarlo.
13. La elaboración de la Historia Clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, es un deber de los profesionales con los que el paciente tiene que colaborar.
14. El médico sólo puede acceder a las Historias Clínicas si hay una razón que los justifique.
15. El paciente tiene derecho a acceder y obtener copias de su propia Historia Clínica.
16. La historia clínica de los fallecidos pueden ser proporcionada a sus familiares, pero con ciertas limitaciones.
17. El archivo y conservación de las Historias Clínicas es una responsabilidad de los centros sanitarios. Cuando el médico ejerce libremente, este deber recae sobre él.
18. Los tribunales reconocen a la Historia Clínica valor probatorio.
19. A la Historia Clínica informatizada le son de aplicación las medidas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de los ficheros que contienen datos de carácter personal (**Ley Protección de Datos de Carácter Personal, 1999**) (22) (**Ley de Protección de Datos de carácter personal de la CAM, 2001**) (23).
20. Todo acceso a la Historia Clínica está protegido por el secreto profesional» (21).

En España la *Federación de Planificación Familiar de España* (F.P.F.E.), miembro junto con otras organizaciones de otros 170 países del mundo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia adopta la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos que en la que cabe destacar en relación a la IPC los siguientes artículos (24):

Art. 3º, derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación

Art. 4º, derecho a la privacidad

Art. 6º, derecho a la Información y a la Educación

Art. 8º, derecho a decidir tener hijos y no tenerlos y cuando tenerlos.

Podríamos concluir, en lo referente al apartado legal, que el principio de supremacía del interés del menor, así como las condiciones de madurez del menor (25) vienen recogidos a nivel internacional en:

— **Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas** (20-nov-1989), ratificada por España por instrumento de 30-nov-1990 (Art. 3).



- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**, publicada en el diario Oficial de las Comunidades Europeas (18-dic-2000) (*Art. 24.2*).
- **Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina** (4-abr-1997), firmado por los Estados miembros del Consejo de Europa y otros Estados y ratificado por el Estado español mediante Instrumento del 23-jul-1999.

y a nivel nacional en:

- **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica al menor** (*Art. 2*).
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** (*Art. 9.3c*).
- **Código Civil** (*Art. 162*).

La objeción de conciencia es otro de los grandes pilares en lo referente a la prescripción de intercepción postcoital, afectando no sólo al colectivo médico (encargado de su dispensación o prescripción), cuyo derecho queda recogido en la Constitución Española, siempre y cuando no suponga un perjuicio para la paciente, siendo deseable la previa comunicación en este sentido por parte del profesional a la dirección del centro donde se desarrolle su actividad laboral, para que se arbitren las medidas necesarias para que la paciente acceda a la prestación sanitaria (25).

También se encuentran afectados otros colectivos como es el farmacéutico, de manera que el **Código de Ética y Deontología de la profesión farmacéutica** (26) recoge en su Art. 28 el derecho a ejercer la objeción de conciencia y en su Art. 33 prevé la protección de los objetores por parte de los Colegios.

No obstante, según la **Ley del Medicamento** en su *Art. 108.2.b.15*, la negativa a dispensar un medicamento, sin causa justificada es considerada como falta grave, y la reincidencia en su negativa como falta muy grave, ya que en principio esta negativa haría que el farmacéutico interviniera en un acto médico, perjudicando al enfermo (27) y según la **Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica en la CAM**, en sus *Art. 10.7* y *Art. 12.6* «*las oficinas de farmacia están obligadas a la dispensación de los medicamentos siempre que les sean solicitados en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas, sin perjuicio de la autonomía derivada de su responsabilidad profesional*» (28), lo que también queda expresado en el *Art 3.1* de la Ley del Medicamento que extiende este concepto a laboratorios, importadores, mayoristas oficinas de farmacia de hospitales, centros de salud y demás estructuras de atención a la salud.

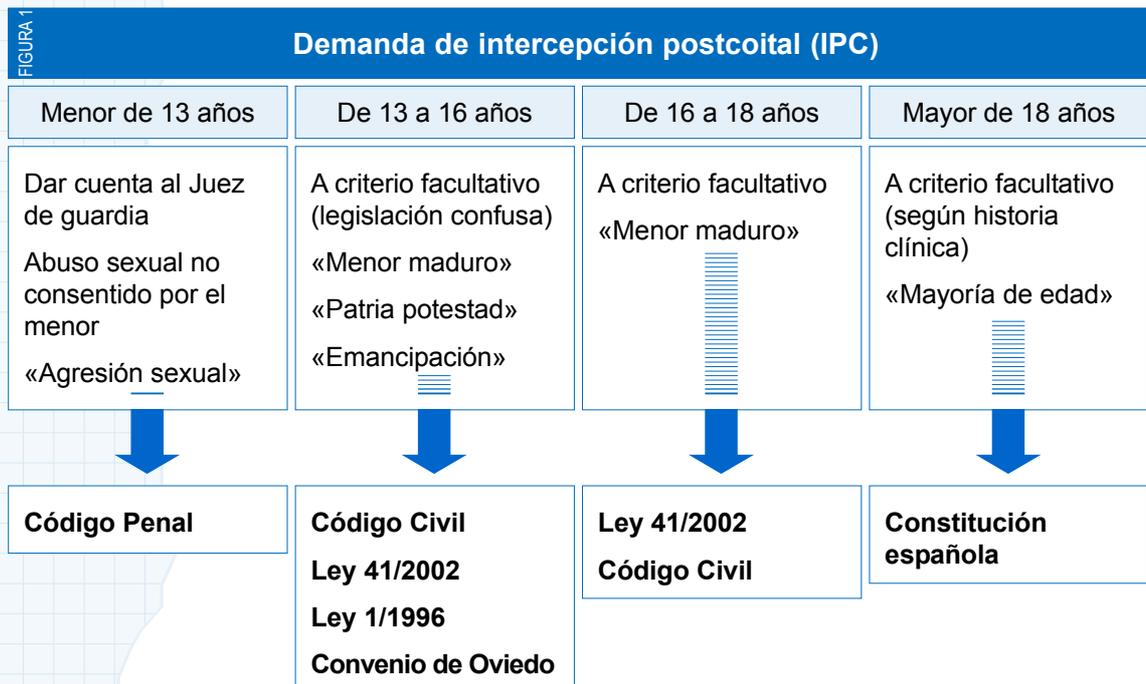
En el caso de la existencia de un consentimiento informado, éste debe proporcionar información a varios niveles: **información verbal** que proporciona el facultativo al paciente explicándole el procedimiento a llevar a cabo (que en el caso de la IPC será sobre su uso, efectos secundarios, efectos adversos, probabilidad de fracaso...), **información por escrito** de forma que el paciente pueda decidir y de esta forma dar su consentimiento, e **información en otro formato** (panfletos, folletos...) (29).

En el caso del Área 8 del Servicio Madrileño de Salud (Consentimiento Informado Área 8, SERMAS, Madrid) esta información escrita queda refleja-



da en la hoja de la derecha, donde en su parte inferior deberá firmar el paciente para otorgar su consentimiento escrito, entregándose una copia al mismo, y quedando la otra en la historia clínica física (papel) (anexo 1) (30).

Se puede establecer una actuación estándar reflejada en la figura 1 (figura 1).



Anexo 1

INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD
Atención Primaria Área 8

DEMANDA INTERCEPCIÓN POSTCOITAL (IPC) Fecha _____

Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo V M Médico/a del paciente _____ EAP del paciente _____

Via de acceso a esta consulta: Amigos Hospital PAC
 Decisión Propia Familiares Colegio Otros

IPC anterior	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Cuántas veces utilizó IPC	Anticoncepción habitual
FUR	Tipo Menstrual	Día Ciclo	Nº de horas desde el coito

Antecedentes de interés y alergias farmacológicas:
 Medicación concomitante (2) Fenitoína Carbamazepina Rifabutin
 Ciclosporina Ritonavir Griseofulvina

(2) En estos casos la pauta debe ser: Norlevo 2-1

Plan de actuación:
 IPC Hormonal _____ Pauta _____
 Derivación a su Centro de Salud Si No
 No se prescribe IPC por _____

Médico que le atiende: _____

Lugar dónde es atendido: EAP PAC Urgencias Otro: _____

* La prescripción farmacológica y la cumplimentación de esta ficha será realizada por el médico. Para la prescribir el tratamiento es necesario informar y obtener el consentimiento informado firmado por el paciente.

Información a la paciente de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel (Norlevo® y Postinor®). CONSENTIMIENTO INFORMADO.

¿Cuándo puede ser necesario usar este medicamento?
 Este tratamiento nunca es de rutina es un método de emergencia ante las siguientes situaciones:

- Coitus interruptus ("marcha atrás") o eyaculación en la vulva de la mujer
- Error de cálculo en el método del ritmo de abstinencia periódica ("Ogino")
- Rotura del condón o condón retenido dentro de la vagina
- Colocación incorrecta de un diafragma
- Expulsión de DIU a mitad de ciclo
- Olvido en la toma de anticonceptivos hormonales orales mayor de 24 horas
- Relación sexual forzada o violación
- Uso reciente de fármacos teratogénos (riesgo de malformación fetal).

El médico te prescribirá este tratamiento según la información que le facilites.

¿Cómo tomarlo?
 1. Ingerir un comprimido de LEVONORGESTREL antes de las primeras 24-72 horas de haber tenido la relación sexual sin protección, seguido de un segundo comprimido a las 12 horas del primero.
 2. Es recomendable tomar las pastillas con la comida o asociar un medicamento que evite el vómito 1 hora antes.
 3. Repetir la toma si se vomita en las 2 horas siguientes de ingerir el comprimido.
 4. No debe coincidir con la toma de medicamentos que interfieran en su eficacia. Es importante que comunique al médico qué otros fármacos tomas.

¿Cómo actúa?
 El sangrado vaginal se produce entre el 3 y 21 días siguientes. Si la menstruación no ocurre pasados 21 días consultar al médico.

¿Este tratamiento puede producir un aborto?
 Los estudios actuales mantienen que no hace daño en caso de que estés ya embarazada ni interrumpirá el embarazo porque actúa antes de que se produzca la implantación del óvulo fecundado. Es decir, en caso de que existiera un embarazo de un ciclo anterior y se tomara este fármaco, su efecto es nulo y tampoco parece existir efectos adversos sobre el feto.

¿Protege en las próximas relaciones sexuales?
 No, esta medicación no confiere protección en las próximas relaciones sexuales, ni ofrece protección frente a enfermedades de transmisión sexual, por esto es importante que en las siguientes relaciones sexuales utilices el preservativo (ver consejos de utilización del preservativo).

¿Puede tomarlo cualquier mujer?
 Siempre que lo consulte con su médico, ya que con alguna medicación puede tener menor efecto preventivo del embarazo. Si la mujer padece hipertensión, hepatitis aguda o cáncer de mama debe consultar a su médico antes de tomarlo.

¿Tiene efectos secundarios?
 Los efectos secundarios son poco frecuentes, sin embargo pueden ocurrir: náuseas, vómitos, mareo, fatiga, dolor de cabeza, tensión mamaria, dolor abdominal.

Es imprescindible que acudas a tu médico o ginecólogo para revisar el resultado de este tratamiento y el tipo de anticoncepción que desees utilizar en lo sucesivo.

He leído y comprendido toda la información. He podido preguntar todas las dudas que he considerado importantes, por eso deseo que se me proporcione dicho método de emergencia.

En _____ a _____ de _____ del 2002

Nombre completo: _____ Fdo: _____

Acude a tu médico siempre que tengas una duda o lo necesites.



Bibliografía

1. Código Penal, 1995.
2. Cancelo-Hidalgo MJ., Monte Mercado JC., Viuda de la García E., Calleja García E., Gómez N., Ruiz Diana D., Álvarez de los Heros JI. «Agresión sexual: evaluación y seguimiento». Atención Primaria. Vol. 21, Nº 7; 30 de abril 1998. Pp. 467-469.
3. Gracia D., Jarabo Y., Martín Espidora N. Y Ríos J. «Toma de decisiones en el paciente menor de edad». Bioética para clínicos. Medicina Clínica. Vol. 117, Nº 5; 2001. Pp. 179-190.
4. Haya Payazuelos J. De los Reyes Peña S., Lertxundi Barañano R. «Aspectos legales en la adolescencia». Capítulo 27. Manual de Salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza, 2001.
5. Carta Europea de Información Juvenil. Aprobada por la 15ª Asamblea General de la Agencia Europea de Información y Asesoramiento para los Jóvenes (ERYICA), en Bratislava (República Eslovaca), 19 de noviembre de 2004.
6. Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMFyC. Declaración de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. «Información y confidencialidad de la historia clínica». Atención Primaria, 2004; 34 (3). Pp. 140-2.
7. Actualidad en Farmacología y Terapéutica, Vol. 2. Nº 4; diciembre 2004. Pp. 247-257.
8. Código de Ética y Deontología Médica. OMC, 1999.
9. «Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel en el Sistema de Salud de Aragón», 2005, Pp 25.
10. Pérez García I., Pérez Campos EF., Plá Erns E. «Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales». Revista Pediatría de Atención Primaria, 2005; 7 Supl I. Pp 86.
11. Constitución Española, 1978.
12. LEY GENERAL DE SANIDAD, 25 abril 1986.
13. RD 63/1995, de 20 enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud
14. RD. SOBRE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD (EBS), 11 enero (BOE, número 27, 1-2-1984).
15. Código Civil, aprobado por RD del 24/julio 1989.
16. Ley Orgánica 5/2000, de 12 enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
17. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen (BOE, número 115, de 14-05-1982).
18. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica al menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil (BOE, número 15, de 17-01-1996).



19. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. 4-4-1997 (BOE, número 251 de 20-10-1999).
20. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, número 274, de 15-11-2002, Pp. 40126-40132).
21. Gallego Riestra, S., Bobes García J. «Veinte reglas prácticas sobre la Ley de Autonomía del Paciente». Atención Primaria y Salud Mental (APySAM), Vol. 8, N° 1; 2005. Pp. 4-11.
22. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, 1999 (BOE, número 298, de 14 de diciembre de 1999).
23. Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid.
24. Viudez Cabañas C. «Aspectos ético-legales de la contracepción de emergencia». FMC, 2005; 12 (5). Pp. 277-280.
25. Carta de los derechos sexuales y reproductivos, adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia.
26. Código de Ética y Deontología de la profesión farmacéutica, aprobado el 14/12/2000 por la Asamblea de Colegios, 2000.
27. Ley del Medicamento, 25/1990 (BOE, número 306 de 22-12-1990).
28. Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica en la CAM (BOE, número 124 de 25-5-1999).
29. Pastor Bravo M., Rodes Lloreta F. «Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General (II). Información y consentimiento». Semergen, mayo 2005. Vol. 31. Número 5. Pp. 223-229.
30. Consentimiento informado. Área 8. Móstoles, Madrid.

Dirección para la correspondencia

Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria.
Avda. Complutense s/n
28040 Madrid.

E mail:

malbarran.gapm08@salud.madrid.org