



Por un niño
sano en un
mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Subcomisión de Ética Clínica

Anexo 1

Comentarios de la Subcomisión de Ética Clínica en relación a la solicitud de la CD de revisar los distintos documentos elaborados por los Comités y Subcomisiones en relación a los proyectos de despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

A) El aborto es un acto médico realizado por médicos. Más allá del respeto por los deseos planteados por aquellas que quisieran interrumpir su gestación, consideramos que como tal antes de la realización del acto deberían recibir toda la información necesaria tanto a favor como en contra, incluido riesgos, a fin de que puedan evaluar su decisión. Esto no significa ni retrasar ni impedir si no poner en contexto al aborto como cualquier procedimiento médico. Así mismo cuando algunos proponen el mostrar la Ecografía Prenatal como un medio de desalentar el aborto, dicho proceder debería ser en consonancia con los deseos de la embarazada y nunca como una imposición.

B) Dicen varios de los documentos en relación a alta proporción la mortalidad materna por aborto ilegal.

Aun asumiendo las deficiencias estadísticas existente algunos de las afirmaciones aportados en los documentos no concuerdan con las cifras oficiales. En la Argentina, durante el año 2016 -último medido por la [DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD \(DEIS\)](#) (TABLA 40: MUERTES MATERNAS Y TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN GRUPO DE CAUSAS DE MUERTE Y EDAD DE LAS FALLECIDAS, POR 10.000 NACIDOS VIVOS. REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2016) se produjeron 245 muertes maternas. De ellas, 135 se debieron a causas obstétricas directas, es decir, resultado de complicaciones del propio embarazo o parto; 67 fueron por causas indirectas, o sea por problemas de salud preexistentes -diabetes, alta presión- o contraídos durante la gestación -caso del virus h1n1, por ejemplo-; y 43 se debieron a "embarazos terminados en aborto". Respecto a esta última cifra, cabe aclarar que la DEIS no distingue entre abortos provocados y abortos espontáneos o naturales. "(1)

Sin restar importancia a lo que implica cada muerte y que la clandestinidad aumenta el riesgo, de acuerdo a cifras oficiales no se puede fundamentar la afirmación anterior de que la gran proporción de muertes maternas está relacionada con abortos clandestinos.

C) Dice uno de los documentos "un embrión de 5 mn no es igual a una adolescente de 16 años "

Nos parece que este tipo de afirmaciones no ayudan a obtener el objetivo buscado y predispone de mala manera a aquellos que consideran al embrión con un status mayor a lo de los autores del documento.

El embrión es vida y es humana. Como tal merece respeto pero algunos consideran que puede haber atenuantes con respecto a su desaparición. Debemos aceptar y respetar que no todos piensan igual ya que consideran que por ser persona desde la concepción que toda interrupción del embarazo es contrario al respeto que debe darse al embrión.

D) Dice uno de los documentos “La despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo no deseado satisface los cuatro criterios de la ética médica (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.” Debería ser más desarrollada. La autonomía podría considerarse representada por el deseo de la madre de ejercer un derecho sobre su cuerpo así como el principio de justicia en cuanto acceder a un sistema de salud adecuado. No queda tan claro por ejemplo el de no maleficencia en cuanto a las consecuencias no favorables, sobre todo de tipo psicológico que se describen a posteriori de realizarlo. Si bien hay quien considera que “el aborto realizado a petición de una mujer no suele tener consecuencias psiquiátricas, (menos del 10%) y los problemas surgen sólo cuando la mujer se somete a la interrupción del embarazo como resultado de la presión de los demás” (1) Existe sin embargo profusa literatura que avala lo contrario poniendo el acento en la aparición de trastornos psicológicos luego de realizarlo. (2,3,4). Hasta uno podría considerar si el beneficio - no maleficio no sería cuestionable para aquellos que lo analizan desde los derechos del embrión.

E) Dice uno de los documentos “Es la mujer quien decide la causa de su decisión e interrumpir el embarazo, y no la justicia ni la medicina.”

Si bien el médico no decide si es el que realizará el procedimiento por lo que debería ajustarse a lo que marcan las buenas prácticas que incluyen brindar toda la información, evaluar si existe una causa que lo contraindique o aun poder ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

F) Dice uno de los documentos “Establecimiento de plazos (por ejemplos, 12 - 14 semanas)”. Existentes en todas las legislaciones. Alguno de los miembros plantearon la duda en cuanto si legalizar con límite de edad gestacional 14 semanas implicaría que la mujer que lo llegara a realizar a las 15 semanas sin aparente causa salvo su deseo estaría cometiendo un acto ilegal? Un delito? Debería ser penalizada? De pensarlo, así no se vería tentada a realizarlo por fuera del circuito autorizado ¿no la estaríamos manteniendo una situación de riesgo que es lo que se quiere evitar?

G). Dice uno de los documentos “En primer lugar solo las personas pueden alegar objeción de conciencia, pero nunca las instituciones”.

Consideramos que en algunas circunstancias se debería considerar la Objeción de conciencia institucional (OCI). Debería hacerse una diferencia entre lo público y lo privado. Asumiendo que las instituciones conforman en principio, personas jurídica, fundadas con un ideario, principios y objetivos bien definidos que deberían ser respetados. Que de no hacerlo se estaría afectando la libertad de empresa, de asociación, imponiendo un órgano de la órbita del Poder Ejecutivo actos contrarios a ese ideario que forman. Por lo que se consideró que este derecho, la OCI podría ser esgrimido sólo por aquellas Instituciones Privadas que por sus principios hacen público su posición contraria a la IVE no así a nivel público en que la O.C. debería seguir siendo un derecho individual no Institucional que

cuando es esgrimida implica asumir la responsabilidad y obligación de derivar a **otro profesional de la misma formación y capacidad que pueda realizarlo, sea en esa institución u en otra.** (7)

H) Con respecto a la referencia de alguno de los documentos con respecto a la autonomía en adolescentes con acento en los adolescentes entre 13 y 16 años.

Algunos proyecto de ley presumen que la adolescente de 13 a 16 está madura para decidir por sí misma lo que en nuestra interpretación no cumple con el texto del artículo 26 CC y C referido a este grupo etario (13 a 16a). Dice este que “si se trata de tratamientos invasivos (actos médicos) que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores.” No cabe dudas que el procedimiento es invasivo y puede tener complicaciones como todo acto médico por lo que consideramos que este grupo de adolescentes debe ser separado de los mayores de 16 años debiendo existir no solo su consentimiento si no también el acompañamiento de padre, madre o tutor.

I) Dice uno de los documentos ”Con respecto a la Responsabilidad administrativa (además de la civil o penal que les pudiera corresponder) de los agentes de justicia, de sanidad o de cualquier otra jurisdicción que le cabría a los demoren la intervención solicitada por la adolescente.”

Consideramos que debería ser así de no existir una causa médica justificada que impida realizar el procedimiento. Dicha justificación debe quedar claramente registrada en la Historia Clínica de la paciente a fin de que sea evaluada por quien corresponda en caso de ser necesario.

Bibliografía

1. Cuantas son realmente las muertes por aborto en la argentina. INFOBAE. 20 de febrero 2018 <https://www.infobae.com/sociedad/2018/02/20/cuantas-son-realmente-las-muertes-maternas-por-aborto-en-la-argentina/>
2. Ortega Barreda, Elena. Secuelas Psicológicas tras la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Adolescentes. ENE, Revista de Enfermería 5(1):25-32, abr 2011. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>.
3. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. The British Journal of Psychiatry 2011; 199: 180-186. Disponible : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726
4. AZNAR, Justo; CERDA, German. Aborto y salud mental de la mujer. Acta bioeth., Santiago , v. 20, n. 2, p. 189-195, nov. 2014 . Disponible en 569X2014000200006&Ing=es&nrm=iso>. accedido en 08 mayo 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
5. C. Gómez Lavín . R. Zapata García. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. Actas Esp Psiquiatr 2005;33(0):00-00. <http://aborto.cc/wp-content/uploads/2009/08/CategorizaciondiagnosticadelSPA.pdf>
6. Gurpegui, Manuel, Jurado, Dolores, COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS DEL ABORTO. Cuadernos de Bioética [en línea] 2009, XX (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 7 de mayo de 2018] Disponible <http://aebioetica.org/revistas/2009/20/3/70/381.pdf>

7. Análisis del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, segunda edición, Ministerio de Salud de la Nación, realizado por la Subcomisión de Ética Clínica a pedido de la Comisión Directiva de la SAP.

Disponible: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/Microsoft%20Word%20-%20Análisis%20interrupcion%20embarazo.pdf>