

Comités de la SAP

Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley N° 418)

SUBCOMISION DE ETICA CLINICA*

Arch.argent.pediatr 2000; 98(5): 345

Damos la bienvenida a los proyectos legislativos sobre salud reproductiva y, entre ellos, al que finalmente la Legislatura porteña aprobó en el mes de julio de 2000. Creemos que por fin se abre un camino para que todos los miembros de nuestra comunidad gocen del derecho a ser correctamente asesorados, con el objeto de llegar a ejercer una sexualidad responsable.

A partir de ahora el pediatra contará con un instrumento de extraordinario valor en la prevención y el tratamiento de situaciones críticas, en las que aparecen involucrados nuestros niños y adolescentes. Alentar el acceso a la consulta en el campo de la salud reproductiva a través de servicios programados permitirá tomar decisiones compartidas, basadas en la mayor comprensión de las urgentes necesidades y de los graves riesgos que actualmente presentan nuestros pacientes.

Pese a la importancia de los fundamentos y la calidad humana de los propósitos que animan la ley, algunas objeciones se hicieron oír y aún hoy se ejercen presiones para neutralizar esta trascendente decisión legislativa. En este sentido, esta Subcomisión considera necesario aportar una reflexión crítica sobre las que, a nuestro criterio, son las principales objeciones planteadas.

Sin seguir un orden riguroso, podríamos decir que el primer cuestionamiento considera que el proyecto definitivo no tiene en cuenta los derechos que competen a la función parental, concretamente, a la patria potestad compartida y ejercida por los padres sobre sus hijos. El segundo sugiere que el nuevo marco legal no respeta "el derecho fundamental a la vida", alentando "el crimen del aborto". Finalmente, se advierte sobre el derecho del médico a renunciar, por objeción de conciencia, a sus obligaciones profesionales. Guiados por la prudencia, debemos hacer el esfuerzo de analizar estas objeciones para poder estimarlas en el contexto en el cual ellas se insertan.

En cuanto al ejercicio de las funciones

parentales, el texto de la ley afirma que se garantizará "la promoción de la participación de los padres, en la medida en que sea posible, en todo lo relativo a la salud reproductiva de sus hijos" (artículo 7). El texto dice "en la medida en que sea posible", y estas palabras dotan a la norma de una fuerza operativa que, en caso de ellas omitirse, harían de la ley una mera normativa vacía, tan restrictiva que volvería muy difícil, si no imposible, su aplicabilidad. Aun cuando se adhiera a la posición defendida por quienes objetan la ley mediante los argumentos mencionados, el bien público y la protección de los ciudadanos nos obligan a aceptar que una norma legal no puede atender solamente a lo que las cosas deberían ser, sino a lo que de hecho son. Y por cierto, la sexualidad emergente de la población juvenil en edades tempranas, con sus vulnerabilidades en descubierto, no recibe una atención focalizada en todas sus dimensiones.

Las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos tempranos no deseados plantean situaciones críticas de suma gravedad en las distintas etapas de la infancia y de la adolescencia. No está de más insistir en que la infección por HIV, aunque se observan adelantos significativos en su tratamiento, no se encuentra de ninguna manera dominada.

En un mensaje reciente, la Organización Panamericana de la Salud, con motivo del Día Mundial del SIDA, señaló las proporciones alarmantes que ha alcanzado esta enfermedad. A fines de 1999 se estimó que 34,3 millones de personas en el mundo padecían la infección por HIV y que otros 19 millones habían fallecido a causa de la misma. En otro informe similar OMS/ 2000 se afirma que cada año nacen en el mundo 600.000 bebés HIV positivos y diez millones de niños perdieron en 1999 a uno de sus padres en manos del SIDA. La edad promedio de la aparición del SIDA enfermedad nos señala el gravísimo riesgo de adquirir el virus en la adolescencia.

Otra de las cuestiones a considerar es la vulnerabilidad que plantean los datos sobre la fecundidad en los adolescentes. En nuestro país, la tasa de fecundidad femenina en edades comprendidas

* Dres. Fernando Matera, Ana Brulc, Diana Cohen, Fernanda Ledesma, Clelia Orsi y Teresa Pereira.

entre los 15 y 49 años, es de 21 por mil. Si analizamos las edades que median entre los 10 y los 19 años se eleva a 38 por mil. El 15 por mil de los nacimientos, aproximadamente 150.000 niños, son hijos de madres menores de 20 años. Si estas madres menores optaran por interrumpir su embarazo, las consecuencias podrían ser gravísimas. El aborto, intervención ilegal, es la primera causa de muerte materna en Argentina.

Frente a la gravedad que implica el reconocimiento de los hechos señalados, la función de los equipos de salud es, precisamente, la de alertar sobre la necesidad de tomar estas medidas de precaución con las posibilidades que impone la realidad. Si los adolescentes concurren solos a la consulta, y fueran obligados a pedir autorización paterna o a concurrir con sus padres para el asesoramiento y búsqueda de prevención, lo más seguro es que optaran por no presentarse. Por otra parte, el pedido de información, como la práctica generalmente lo indica, es llevado a cabo por los jóvenes entre sus pares y no con sus padres.

Exigir la presencia parental, como se sugiere, sólo revelaría que cuando mayor apoyo y orientación requiere el adolescente, paradójicamente más solo se lo deja. Donde falla la relación parental no puede fallar el equipo de salud, sumiéndolo en la desprotección. La ley define como destinatarias a las personas en edad fértil. Negarle a la población adolescente el acceso a una adecuada información y prevención equivaldría a negar la realidad y obligarlos a exponerse, aun a costa de su propia vida. En suma, aceptar que sólo ejercen la sexualidad aquellos jóvenes que concurrirán con sus padres es incurrir en una ingenuidad o, pura y simplemente, una conducta irresponsable. Ambas opciones llevarían irremediablemente a que se deje de proteger a los jóvenes que, sin entrar a analizar sus motivos, no concurren en compañía de sus padres al asesoramiento. Pero, sobre todo, ambas opciones cimentarían todavía más el doble discurso en el que ciertos temas se hallan sumidos en nuestra sociedad.

Todo lo dicho está íntimamente conectado con la segunda de las objeciones, aquella dirigida a proteger la vida desde la concepción. No se trata de aconsejar la abstinencia, la cual puede ser legítimamente aceptada por algunos pero no puede ser compulsivamente impuesta (no puede serlo ni moralmente ni en la práctica). Y de ninguna manera el asesoramiento se emparenta con el aborto. Precisamente, conectar la ley con una presunta legalización del aborto es poner en la ley algo que no dice. Pero lo que sí es seguro es que

el primer paso para evitar el aborto es evitar el embarazo no deseado.

Si analizamos los aspectos legales, a las menores con edades comprendidas entre los 14 y 21 años se les puede prescribir anticonceptivos orales sin conocimiento ni consentimiento de sus padres. A esa edad, desde el punto de vista legal civil y penal, poseen discernimiento válido, no así las menores de 14 años (artículos 127 del Código Civil y 34 del Código Penal). Por su lado, la Convención de los Derechos del Niño, con rango constitucional, establece el derecho de los menores a intervenir como sujetos, a formarse su propia opinión, a ser partícipes en todos los actos en los cuales se trate de su vida, de su derecho a la salud y a la intimidad (artículos 12, 23, 24 y 26).

Más allá de lo legal, todos sabemos que la sensación de invulnerabilidad que caracteriza a los jóvenes conduce a ejercitar conductas de riesgo. Negar el recurso de, por ejemplo, los tan mentados preservativos, lleva no sólo a embarazos no deseados, sino a la posibilidad de contraer además del SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual que con el tiempo pueden desencadenar esterilidad o un cáncer de cuello uterino.

Ningún razonamiento es válido si desconocemos la vulnerabilidad frente a los riesgos existentes. Resulta indispensable educar sobre hábitos y costumbres, pero no podemos negar o desaconsejar el uso de preservativos, imponiendo la abstinencia. No sólo pecaríamos de ingenuos, sino que negaríamos las prácticas sexuales ampliamente difundidas en nuestra realidad.

Finalmente vamos a reflexionar, en especial, sobre aquello que nos toca especialmente en cuanto profesionales de la salud: la Ley de salud reproductiva y procreación responsable obliga a que en los hospitales públicos se brinde gratuitamente información sobre métodos anticonceptivos. Y, además, a asesorar, prescribir, colocar y suministrar anticonceptivos. Obviamente, normalmente a un adolescente se le prescriben preservativos; ningún profesional responsable abogaría por la inserción de, por ejemplo, un dispositivo intrauterino.

Frente a esta norma, se insiste en que se reconozca el derecho de los profesionales sanitarios a negarse a ejercer dicha tarea de prevención. Se arguye que se debe reconocer el derecho a la objeción de conciencia por parte de los prestadores de salud frente a prácticas que, aunque autorizadas por la ley, fueran consideradas éticamente inaceptables.

Ahora bien, en la práctica, dicha posibilidad de

objeción llevaría a dos alternativas: a que se haga abandono del paciente o a que se lo derive a otro profesional. Confiados en el buen sentido y el reconocimiento de sus obligaciones por parte de nuestros profesionales, hagamos a un lado la primera de las alternativas y concentrémonos en la segunda de ellas: derivar al paciente a otro profesional es no reconocer el vínculo entre médico y paciente. Si los motivos son de orden religioso (porque la norma iría contra la posición de la religión de la que el profesional es devoto), no cumplir con las obligaciones del médico hacia el paciente supone negarse o delegar la atención en un tercero por motivos que competen al médico pero que no redundan en beneficio, e incluso aumentan el riesgo, del que solicita su consulta. Pareciera, entonces, que se estarían anteponien-

do los valores e intereses del profesional a los del propio paciente. Y esta posición es, históricamente y desde una perspectiva moral, difícilmente defendible.

Como conclusión, vale un dicho a modo de advertencia: no hay peor ciego que el que no quiere ver. Por cierto, frente a un tema de gravedad inusitada con aristas tan complejas, imposibles de controlar por congregación religiosa alguna y ni siquiera por el saludable ejercicio del diálogo familiar, creemos que, desde nuestro lugar de protectores de la salud, lo peor que podemos hacer es no hacer nada. ■