

# ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA DEL PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO VERSIÓN 2019, PRESENTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Conorcio de Médicos Católicos  
de Buenos Aires  
*Buenos Aires, 16 de diciembre de 2019*

La veracidad como fundamento del bien es el primer acto bueno en búsqueda de la verdad objetiva e implica fidelidad al derecho de estar informado sobre el propio estado de salud; la revelación de una información inadecuada viola los derechos del paciente y los principios éticos en el marco de la relación médico-paciente.

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en su actualización 2019, tiene como objetivo *“ofrecer una guía a los equipos de salud para que cumplan con su responsabilidad en la interrupción legal del embarazo contemplado en el marco jurídico argentino”*.

Asimismo, hace referencia a que su realización debe guiarse fundamentalmente por el principio de autonomía que es un principio de la bioética y también jurídico.

Teniendo en cuenta, que la tutela del derecho a la vida constituye el núcleo de nuestro ordenamiento jurídico, que el aborto es ilegítimo y que la supresión del derecho a la vida implica eliminar todos los demás derechos, consideramos que el Protocolo presentado por el Ministerio de Salud en diciembre de 2019, vulnera los derechos y deberes del equipo de salud, su libertad en el ejercicio profe-

sional y las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad.

Respecto al concepto de peligro para la salud, el mencionado Protocolo señala que debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud, no requiriendo la constatación de una enfermedad en ese sentido, ni exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada, señalando que bastará con la potencialidad de afectación de la salud para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.

Como médicos no podemos negar una realidad biológica, estamos en presencia del desarrollo de un ser humano en etapa de maduración y actividad intrínseca diseñada por el mismo, desde el momento de la fecundación.

Nuestra vocación nos llama a estar al servicio de la salud del ser humano y de la comunidad y ejercemos nuestra profesión sin discriminación de ninguna naturaleza.

El Protocolo presentado:

-Condiciona el acto médico, ya que el profesional interviniente debe ofrecer a la persona que consulta una consejería o derivarla donde pueda realizarla para que ella pueda decidir, informada y autónomamente si desea continuar o no con el embarazo.

- Vulnera las guías de conducta basadas en principios morales que tienen como objetivo el trabajo en equipo y en sintonía con la multidisciplinariedad, debido a que el plazo entre la solicitud de la práctica de ILE y su realización, no debería ser mayor de 10 (diez) días corridos. Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente.

- No podrá ejercerse la objeción de conciencia si no existiera un/a profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna.

- Todas/os los/as profesionales, aunque objeten, están obligados/as a cumplir con el deber de informar sobre el derecho a acceder a una ILE, y a respetar, proteger y garantizar la autonomía de la persona gestante, no la autonomía biológica del nuevo ser.

- Todos los efectores de salud en condiciones de practicar ILE deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a la misma, esto supone ignorar los principios fundacionales y el ideario institucional.

- No toma en cuenta contenidos fundamentales del Consentimiento Informado en cuanto a especificación de los procedimientos alternativos y a una in-

formación suficiente para asegurar la comprensión y voluntariedad componentes esenciales como manifestación de una autonomía explícita.

- El Protocolo señala que, en caso de realizarse la ecografía, solo se compartirán con la persona la imagen o el sonido de los latidos si ella lo solicita expresamente. Si no lo hace, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda. A su vez, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan una interrupción de aquellas que reciben cuidados prenatales.

El conocimiento científico pone a nuestra disposición datos que afirman que el embrión humano en la fase de la preimplantación es una realidad biológica, presentar un estudio manipulando su contenido y ocultando parte de la información, evidencia como único deseo el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE).

El Protocolo hace explícito que, si bien se debe intentar realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, unas variedades de situaciones pueden hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas del mismo.

También puede tratarse de un caso de abuso o violación en el que la persona con-

sulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones, por encontrarse en situación de naturalización de la violencia de género sufrida, o por miedo, vergüenza o algún otro motivo.

Desde su realidad biológica el embrión se considera un ser humano guiado por un principio autónomo, que atraviesa una cronología coordinada en su propio genoma sin ninguna discontinuidad. La Guía de Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, de la OMS en su Segunda Edición 2012, menciona en uno de sus puntos respecto a la práctica en estados avanzados de la gestación, que cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción de la muerte fetal antes del procedimiento.

Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la muerte del feto; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto. Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la muerte del feto se incluyen:

Inyección de cloruro de potasio (KCl) a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto, que es suma-

mente eficaz pero requiere experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía y la Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina.

Como profesionales de la salud, no estamos formados para suprimir una vida sino para reafirmar una vez más nuestra fidelidad al juramento médico, contemplando el compromiso ineludible de pro-

tección, defensa y promoción de la vida humana en todas sus etapas.

**Dra. Raquel Bolton**

*Presidente Consorcio de Médicos  
Católicos de Buenos Aires*

**Dra. Elena Passo**

*Vicepresidente Consorcio de Médicos  
Católicos de Buenos Aires*