

Cartas al Editor

Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (I)

Considero que los profesionales firmantes de la Subcomisión de Ética Clínica han fijado posición respecto a la Ley citada desde una visión de la ética no necesariamente compartida por todos. En un enfoque estrictamente pragmático, el beneplácito por la citada ley se fundamenta en contar con herramientas supuestamente útiles para evitar los males que acompañan la sexualidad temprana de los adolescentes.

El primer comentario es relativo a qué entendemos por sexualidad responsable. La humanidad ha recorrido un largo camino en la evolución desde una sexualidad meramente hedonista hacia una sexualidad ligada al afecto o al amor entre hombre y mujer. ¿Puede uno definir como sexualidad responsable la ejercitada ocasionalmente entre dos adolescentes, motivada sólo por una transacción de placer? Esta sexualidad nunca será segura. La sexualidad temprana se asocia a mal uso de los métodos anticonceptivos, a múltiples parejas, al incremento de depresión y suicidio en un contexto de otras conductas de riesgo como abuso de drogas y alcohol. El usar un determinado método anticonceptivo no la convierte en segura, ni aun en cuanto a evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual. En el Reino Unido, las adolescentes que comienzan su actividad sexual antes de los 16 años, tienen una incidencia tres veces mayor de embarazo.¹

Si los pediatras permanecemos en silencio ante la activa promoción mediática de este tipo de sexualidad (y por cierto de muchos otros antivalores activamente promovidos) sólo es esperable que todos los riesgos aumenten, aun con los supuestos beneficios de la nueva ley.

Es tan hipócrita intentar contener la sexualidad temprana mediante el miedo o el riesgo como presumir resolver el problema mediante la promoción de la

anticoncepción. Una primera contradicción surge al afirmar que la prevención del aborto surge de prevenir los embarazos no deseados. Cuando una cultura asume el embarazo como agresión, la aceptación y promoción del aborto es sólo cuestión de tiempo.

Una adolescente sexualmente activa, a quien el médico le proporcionó un método seguro para no quedar embarazada no dudará en pensar en el aborto que termine con el problema cuando éste falle. Por cierto, ese profesional, que no dudó en "ayudar" a la adolescente cuando consultó sin sus padres, tampoco dudará en enviarla a ellos para que se hagan cargo de su hija embarazada.

Cuando la relación con los padres está quebrada el pediatra tiene una oportunidad de intentar recomponerla o bien de buscar alternativas en la familia ampliada. Esta conducta no supone vulnerar la confidencialidad ni los derechos como individuo del adolescente.

Considerar que en las actuales circunstancias el médico será el que puede ayudar al adolescente a través de la consulta parece, al menos, un gesto de omnipotencia. ¿Cuánto tiempo dedicará ese médico al paciente? ¿Qué vivencias ha compartido con él?

Las adolescentes que han tenido una buena comunicación con su madre son las que menores riesgos enfrentan en cuanto a conducta sexual.²

Otra conclusión sorprendente es aquella referida a que ningún profesional responsable abogaría por otro método anticonceptivo diferente al preservativo en el caso de adolescentes. La realidad parece llevarnos por otros caminos donde lo más válido es obtener el objetivo buscado, independientemente de los medios. Las ventas en todo el mundo de un conocido medicamento que asocia un protector de mucosa gástrica con efectos abortivos con un antirreumático no parecen apoyar esta afirmación. Las ventas de las píldoras del día después (abortivas) en EE.UU., Canadá y varios países europeos se incrementan en forma continua. En el sur de Gales (RU), las niñas de hasta 12

años pueden acceder a la píldora del día después.² En las escuelas estatales de Kent (RU), la píldora del día después es directamente suministrada por las enfermeras de la escuela. Ejemplos similares se desarrollan en algunas áreas de Canadá. En Victoria (Australia) se prevé utilizar anticonceptivos de implante con efecto prolongado.

El continuo dilema de los países con políticas activas de anticoncepción en adolescentes es precisamente el permanente desplazamiento de las edades de iniciación sexual y el fracaso de los anticonceptivos por falta de cumplimiento de las recomendaciones.

Stammers³ refiere que la contracepción como piedra angular de la promoción de la salud sexual en adolescentes ha sido un fracaso. En Inglaterra, donde existe una alta disponibilidad de anticonceptivos para los adolescentes, en 1997 se alcanzó la cifra de 90.000 embarazos en este grupo etario y el aborto se efectivizó en el 50% de los casos. El 80% de las gestaciones no deseadas se producen por fallas en la anticoncepción y no por ignorancia sobre los métodos anticonceptivos.⁴ Churchill y col.⁵ encontraron que un grupo de adolescentes embarazadas había consultado a los servicios de salud y discutido los métodos anticonceptivos con mayor frecuencia que el grupo control (odds ratio 2,70, IC 1,56-4,66).

Por otra parte, la promoción del retraso en el inicio de las relaciones sexuales no implica imposiciones compulsivas, sino una propuesta para decidir sobre la sexualidad de una forma más reflexiva. Por otra parte, no pueden ignorarse los resultados de los programas de educación basados en el retraso del inicio de la actividad sexual en adolescentes.⁶

El marco de una ley no es necesario para la libertad de informar o ser informado, es en realidad impuesto para implementar políticas activas de anticoncepción no limitadas al uso del preservativo.

Es conocido que muchas veces la actividad sexual de los adolescentes esconde otras necesidades no sexuales insatisfechas. El inicio temprano de la actividad sexual es habitualmente por presión de los pares, búsqueda de aceptación y ausencia de otros proyectos o ideales. Si analizamos el panorama de

nuestro país, donde la juventud está sumida en la desesperanza de una cultura egoísta, con una clase dirigente en muchos casos corrupta, con una desoladora falta de modelos, no serán las leyes de "sexo seguro" las que ofrecerán un mejor futuro.

Mc Pherson y Macfarlane, en una carta al BMJ⁷ plantean que los jóvenes con ambiciones para su futuro son los que más comúnmente retrasan su sexualidad y resaltan igualmente el rol de los padres en apoyo de esta meta. Tener jóvenes con ambición personal y social para el futuro es la mejor anticoncepción.

En relación a las consideraciones relativas a la objeción de conciencia, el respeto a la visión ética del profesional es un principio inviolable en una sociedad pluralista y democrática. Una relación honesta entre médico y paciente implica el mutuo respeto de ambos actores. Un médico que recomienda anticonceptivos cuando está convencido de estar asumiendo una conducta adversa hacia su paciente no podrá hacerlo nunca en forma efectiva. Por otra parte, plantear que el dilema pasa por informar sobre el preservativo es una simplificación, el problema pasa por la indicación de cualquiera de los recursos anticonceptivos (aun los abortivos). Las visiones éticas de la promoción de la anticoncepción y la despenalización del aborto son casi siempre coincidentes en su aceptación o rechazo.

Dr. Eduardo Schnitzler

BIBLIOGRAFIA

1. Department of Health. Teenage pregnancy. London: Social Exclusion Unit, Department of Health, 1999.
2. The Independent (newspaper). Febrero 14, 2001-03-22.
3. Stammers T. Education and debate. Doctors should advise adolescents to abstain from sex. BMJ 2000; 321:1520-1522.
4. Williams ES. Contraceptive failure may be a major factor in teenage pregnancy. BMJ 1995; 311:807.
5. Churchill D, Allen J, Pringle M et al. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. BMJ 2000; 321:486-489.
6. Genuis SJ, Genuis SK. Adolescent sexual involvement time for primary prevention. Lancet 1995; 345:240-241.
7. Mc Pherson A, Macfarlane A. Ambition may be the best contraception (letter). BMJ 2001; 322:362.

Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (II)

Fue un motivo de alegría para nosotros, pediatras que trabajamos con adolescentes, conocer a través de *Archivos Argentinos de Pediatría* la opinión de la Subcomisión de Ética Clínica acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley N° 418).

Sabemos que otros muchos comparten nuestros sentimientos: esta ley hacía falta, para los adolescentes, sus familias, la sociedad y la comunidad médica en general.

¿Por qué hacía falta?

Porque la salud reproductiva forma parte de la salud integral de los adolescentes.

La demanda a los Servicios de Adolescencia fue creciendo a medida que los adolescentes encontraron en ellos respuestas a sus necesidades. Los profesionales debimos por ello incrementar nuestra capacitación.

Sabemos que los motivos de consulta a los servicios de salud en general, no siempre están relacionados en forma directa con la sexualidad y la anticoncepción; en muchos casos el adolescente consulta por otros temas y es el profesional el que, al indagar sobre este aspecto, puede detectar conductas de riesgo. El sentido de responsabilidad profesional crece en la medida en que las leyes apoyan su accionar.

La existencia de la ley implica, pues, que un adolescente que se acerque a un servicio de salud tendrá más facilidad para acceder a una información confiable con menos oportunidades perdidas.

Sabemos de la importancia del diálogo

entre los padres y sus hijos y trabajamos para fortalecer estos vínculos. También sabemos que hay padres que tienen dificultades para hablar de estos temas, bien porque ellos mismos carecen de información sobre sus propios cuerpos, o bien porque les resulta difícil abordar temas relacionados con la sexualidad.

Esto hace que determinadas familias tengan verdaderas limitaciones para orientar y acompañar el desarrollo de sus hijos.

Además, no podemos ignorar el impacto sobre la salud de los adolescentes de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA y de los embarazos producto de la falta de información y de autocuidado.

Por todo esto pensamos que la salud reproductiva y la procreación responsable no es sólo una responsabilidad del adolescente o de sus padres, sino también de la sociedad en general, incluyendo la escuela, los centros religiosos, los medios de comunicación, otros sectores de la comunidad y los servicios de atención integral para adolescentes.

Ellos tienen derecho a acceder a los servicios de salud y demandar atención por sus necesidades, incluyendo aquellas referidas a la salud sexual y reproductiva.

Es obligación de todos responder a esas demandas con una visión integral e integradora y sin discriminación sociocultural, religiosa, de género o de cualquier naturaleza.

La existencia de leyes como la Ley 418, vela por el cumplimiento de esos derechos.

Dr. Enrique Berner

Dra. Cristina Catsicaris

Dra. María del Carmen Hiebra

Dra. Diana Pasqualini

Comentario de la Subcomisión de Ética Clínica

La repercusión que han tenido nuestras consideraciones a propósito de la ley de salud reproductiva, nos señala la necesidad de continuar con un diálogo permanente en torno a este tema, de tanta significación y tantas veces postergado.

En este sentido, agradecemos a quienes se han sumado a nuestras voces, a quienes nos han expresado su conocimiento de que "muchos otros comparten nuestro sentimiento [de alegría]: esta ley hacía falta, para los adolescentes, sus familias, la sociedad y la comunidad médica en general... porque la salud reproductiva forma parte de la salud integral de los adolescentes".

Por otra parte quisiéramos agradecer y responder al autor de una carta que cuestiona nuestros puntos de vista y donde se propone la promoción de la abstinencia. Entre las razones expuestas en defensa de su posición, se pregunta si “¿puede uno definir como sexualidad responsable la ejercida ocasionalmente entre dos adolescentes motivada sólo por una transacción de placer?”. Creemos que esta pregunta confunde la responsabilidad en cuanto al acto propiamente dicho, con la responsabilidad en cuanto a sus consecuencias. Consideramos que el pediatra no puede por sí solo condicionar las conductas sexuales, pero sí puede colaborar eficientemente para plantear riesgos y evitar sus consecuencias.

Asimismo, afirma que “las adolescentes que han tenido una buena comunicación con su madre son las que menores riesgos enfrentan en cuanto a conducta sexual”. Aunque así fuera ¿qué hacemos con aquéllas que no han alcanzado ese grado de comunicación? ¿No es precisamente ésta la población más vulnerable que debe ser protegida, en la medida en que el pediatra cuente con posibilidades efectivas de hacerlo?

Por cierto, el autor se preocupa por citar bibliografía que hemos analizado. Menciona distintos trabajos, realizados en otros contextos, que comentan en base a estadísticas conductas sexuales en adolescentes. Pero omite mencionar las conclusiones a que ellos arriban: la necesidad de promover el diálogo con los adolescentes, conclu-

sión precisamente avalada por la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. También se hace referencia a la efectividad de la abstinencia. Sin embargo, finalmente, en el mismo lugar se termina por reconocer que “una política basada simplemente en el consejo a los adolescentes de no tener sexo corre el riesgo de que se vuelvan todavía más ajenos a los adultos y de que sean menos propensos a hacer uso de los servicios disponibles, llevando a mayores riesgos” (Trevor Stammers, *BMJ* 2000; 321: 1522).

Una vez más, ponemos el énfasis en cómo las cosas de hecho son, no en cómo deberían ser.

Ni en la ley ni en quienes se han sentido congratulados con su sanción, aparece un apoyo a la promoción de las relaciones sexuales prematuras ni el desaliento a la mejor integración del adolescente con su familia.

Por fin quisiéramos insistir: frente a la gravedad inusitada que nos muestran numerosos indicadores en torno de la salud reproductiva, que culminan en las cifras dolorosas de la mortalidad materna y de la extensión del SIDA entre los niños y adolescentes, desde nuestro lugar de pediatras, protectores de su salud, nuestro compromiso ético es ineludible.

*Dres. Fernando Matera, Ana Brulc,
Diana Cohen, Fernanda Ledesma,
Clelia Orsi y Teresa Pereira
Sociedad Argentina de Pediatría
Subcomisión De Etica Clinica*