

LAS AMBIVALENCIAS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

FRANKLIN JOSÉ ESPITIA DE LA HOZ¹

Recibido para publicación: 19-12-2017 - Versión corregida: 17-04-2018 - Aprobado para publicación: 07-05-2018

Resumen

La interrupción voluntaria del embarazo es una opción con la que cuenta la mujer, si una vez embarazada se ve inmersa en alguna causal que le facilite terminar, de manera consciente, la gestación en curso. Si la mujer ejecuta los requisitos para las circunstancias en que se puede solicitar la interrupción voluntaria del embarazo, esta debe contar con la asesoría en opciones de terminación de la gestación; con lo cual se le ratifican sus derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. No obstante, también se le debe informar que aun estando inmersa en alguna causal puede optar por continuar con la gestación y asumir la crianza o dar el producto del embarazo en adopción.

Palabras clave: embarazo, aborto, sexualidad, sexo seguro.

Espitia-De-La-Hoz FJ. Las ambivalencias de la interrupción voluntaria del embarazo. Arch Med (Manizales) 2018; 18(1):227-0. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.227-0>. 2018.

The ambivalence of voluntary termination of pregnancy Summary

The voluntary interruption of pregnancy is an option with which the woman counts, if once pregnant she is immersed in some cause that facilitates her to finish, in a conscious way, the gestation in progress. If the woman executes the requirements for the circumstances in which the voluntary interruption of the pregnancy can be requested, this one must count on the advising in options of termination of the gestation; with which his rights to autonomy and reproductive self-determination are ratified. However, you should also be informed that even if you are immersed in some cause you can choose to continue with the pregnancy and assume the upbringing or give the product of the pregnancy for adoption.

Key words: pregnancy, abortion, sexuality, safe sex.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 18 N° 1, Enero-Junio 2018, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Espitia De La Hoz F.J.

1 Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Colombia. Fellow of the American College of Obstetricians and Gynecologists (FACOG). Magister en Sexología. Universidad de Alcalá de Henares. e-mail: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción

La verdad es que, guste o no, a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [1,2], se le ha generado todo tipo de análisis, pero más ha podido la suspicacia, en la búsqueda de una aplicación que se aleja del noble propósito del cual se originó; una situación abyecta a mi modo de verlo o entenderlo.

La realidad es que tanto los que defienden a la IVE, como los que la rechazan, tienen algo de razón, por ello las posiciones de uno y otro no están tan alejadas. Sin embargo, en mi opinión se deben buscar fórmulas o mecanismos, de no convertir este derecho, en un peligroso e imprudente método de planificación familiar.

La confusión o el infortunio del enredo legal y moral, tanto de parte de los que ejercemos la medicina como de los abogados, asociaciones defensoras de derechos de la mujer, machistas o feministas, etc., que no han logrado ponerse de acuerdo al respecto, y al final ninguna de las partes (ni detractores ni defensores) tendrán sosiego, porque el debate aún da para más controversia.

A mí personalmente, ya no me causa sorpresa, -luego de más de 20 años de ejercicio médico-; no espero ver algo más enredado donde se conjugue el derecho de la persona con la hermenéutica ética del profesional; pues por un lado se le deben garantizar los derechos a las mujeres y por el otro se le violan los principios espirituales y/o religiosos a los facultativos, -como si se trataran de seres impíos-, con la excusa que el aborto es primero que la deontología de la ocupación médica.

No queda clara la ambigüedad donde una mujer que no practica el “sexo seguro” o “sexo sin riesgo” [3,4], que ejerce una sexualidad irresponsable (no solo no previene una ITS, sino que además se arriesga a un embarazo no planeado y no deseado -de lo contrario no optaría por la IVE-), tenga que recurrir a un método peligroso, forzando y obligando al obstetra a practicarle un aborto, amparada

en argumentos jurídicos (IVE), los cuales, en flagrancia, agreden la ética y la moral del profesional, ya que lo limita a no poder ejercer con libertad su objeción de conciencia.

Me aterra que, al considerarme objetor de conciencia, termine por ser juzgado. No es justo para el médico, que por una pareja (hombre y mujer) cuyos “afanes copulatorios” -o en cualquier otra circunstancia que no ampara las tres causales de la IVE-, por no recurrir al “sexo seguro” -como lo dicta la lógica de la sexualidad responsable-, sea quien tenga que asumir las consecuencias del insensato apasionamiento de los demás, mientras existen a la mano todo tipo de métodos anticonceptivos; solo porque los cauces del derecho se obsesionan de forma pertinaz con la “salud” de la mujer, imponiéndonos perpetrar fetidios, cual ruín criminal, como si los médicos fuéramos de palo y careciéramos de conciencia o hidalguía.

Es cierto que no se debe poner en peligro a la mujer con la continuación de un embarazo no deseado, pero surge la pregunta: ¿es mejor un feticidio? Estos procedimientos no están libres de riesgos o complicaciones [5-7], etc. No es sensato considerar que el uso de la inyección intraamniótica de digoxina [8,9], la cordocentesis o cardiocentesis con administración de cloruro de potasio [10], tienen riesgos menos elevados, sin incluir el escollo de la sedación, analgesia o anestesia, que incluye otros fármacos no menos inocuos, como el fentanilo, vecuronio para la inmovilización fetal, etc. ¿Y las secuelas a largo plazo? [11]. (¿Se olvidó acaso el juramento hipocrático? («Velar con sumo interés y respeto por la vida humana; desde el momento de la concepción...»)) [12] ¿O es que aquí no aplica? ¿De cuándo acá esos estados de excepción?). Desde mi óptica esto es arbitrario y nefasto, porque la IVE es clara en su propósito inicial, por lo tanto, convertirla ahora en una herramienta de planificación familiar, ya no es una cuestión de derechos, sino de agravio a los médicos y una violación a los principios de la

medicina, con premiación a la irresponsabilidad, lo cual es otro ostensible desafuero al “sexo seguro”.

En el afán de practicar la IVE, de forma sistemática, a los obstetras nos pusieron un sambenito de garantes de la salud de la mujer, al que hemos accedido, algunos a regañadientes, sin permiso a rechistar, debido a que no podemos negarnos; camuflando en el derecho, una actividad de “aborteros a tutiplén”, arrasando con la poca dignidad que nos quedaba, a fin de entrar sustentado o equilibrar, una imperante completa falta de educación sexual en la población (de la cual están desprovistos ambos sexos por igual), que a nadie parece importarle.

No se si es que a ciertos profesionales les resulta más fácil practicar un aborto, que realizar un trabajo serio, concienzudo y comprometido de educación sexual en la comunidad, donde el “sexo seguro” o el “sexo sin riesgo” y la “sexualidad responsable” sean el estandarte.

Se hace necesario enseñarle a la gente (hombres y mujeres) acerca de este tipo de sexualidad; hacerles entender que el acalamiento en las sábanas no se debe dejar enfriar antes de resolver un encuentro coital tenido instintivamente; por lo tanto, si se han descuidado en la anticoncepción, que por lo menos procedan a los métodos de emergencia o a otras alternativas menos aventuradas, para no tener que recurrir al aborto, donde terminan involucrando a una víctima impotente de la cruel interpretación de un derecho ajustado a los caprichos de la inconsciencia sexual y

administrado por la erótica flexible de los anal-fabetas o incultos sexuales.

En lo descrito hasta aquí, en ningún momento ignoro o desconozco la legitimidad e importancia de la IVE, -en las causales de base, plenamente defendidas por la ley-, pero la estrategia de supervivencia y de respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (sea o no, en sociedades patriarcales como la nuestra), no minimizan la contingencia de un suceso funesto durante su realización, como lo es la práctica del aborto, ya que cada mujer que se realiza este procedimiento, pone en riesgo su vida; tampoco se trata de imponerle a las mujeres qué hacer con su cuerpo, sino de sopesar el riesgo-beneficio de una práctica, cuyas técnicas no son inofensivas.

En síntesis, los médicos no tenemos por qué ser obligados a realizar procedimientos innaturales, así estén amparados en derechos profundamente legales, cuando la falla viene de una experiencia sexual descuidada e irresponsable.

Mi invitación es entrar a fomentar y a ejercer, desde la salud pública, el fortalecimiento de programas de anticoncepción y planificación familiar, que involucre a hombres y mujeres, para hacerlos partícipes de una sexualidad responsable, recurriendo al uso de métodos menos riesgosos que el aborto.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Fuentes de financiación: el autor no ha recibido ninguna ayuda financiera.

Literatura citada

1. Corte Constitucional de Colombia. **Sentencia C-355**. Bogotá DC: Corte Constitucional de Colombia; 2006.
2. Corte Constitucional de Colombia. **Sentencia T-585**. Bogotá DC: Corte Constitucional de Colombia; 2010.
3. Campo-Arias A. **Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas**. *Medunab* 2009; 12:86-90.
4. Campo A, Caballo GA, Herazo E. **Prevalence of Pattern of Risky Behaviors for Reproductive and Sexual Health Among Middle and High-School Students**. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(2):170-4. DOI: 10.1590/S0104-11692010000200005.
5. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. **Complications of first-trimester abortion: a report of 170.000 cases**. *Obstet Gynecol* 1990; 76(1):129-35.
6. Tang OS, Mok KH, Ho PC. **A randomized study comparing the use of sublingual to vaginal misoprostol for pre-operative cervical priming prior to surgical termination of pregnancy in the first trimester**. *Hum Reprod* 2004; 19:1101-4. DOI: 10.1093/humrep/deh143.
7. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. **Complications after second trimester surgical and medical abortion**. *Reprod Health Matters* 2008; 16(31):173-82. DOI: 10.1016/S0968-8080(08)31379-2.
8. Borgatta L, Betstadt SJ, Reed A, Feng KT. **Relationship of intraamniotic digoxin to fetal demise**. *Contraception* 2010; 81(4):328-30. DOI: 10.1016/j.contraception.2009.12.001.
9. Molaei M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. **Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion**. *Contraception* 2008; 77(3):223-5. DOI: 10.1016/j.contraception.2007.10.011.
10. Pasquini L, Pontello V, Kumar S. **Intracardiac injection of potassium chloride as a method for fetocide: experience from a single UK tertiary centre**. *BJOG*. 2008 Mar;115(4):528-31. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x.
11. Tietze C. **The public health effects of legal abortion in the United States**. *Fam Plann Perspect* 1984;16(1):26-8.
12. **Ley 23** (Diario oficial de la República de Colombia No. 35.711, 27/III/1981)

