



CONSIDERACIONES DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL ILMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ILLES BALEARS AL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA

La Comisión Deontológica del Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Illes Balears expone que:

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se recoge como una estrategia prioritaria de la OMS (WHO, 2012).

En este sentido, la OMS (2012) establece que:

- La capacidad de la mujer para decidir si quiere tener hijos y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.
- Además las mujeres tienen derecho a decidir el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.
- La planificación familiar disminuye la tasa de embarazos no deseados y reduce la necesidad de efectuar abortos peligrosos.
- Cada año se llevan a cabo 22 millones de abortos clandestinos, causando alrededor de 47.000 muertes relacionadas con el embarazo (WHO, 2012).

En casi todos los países, la ley permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para salvar la vida de la mujer, y en la mayoría de los países el aborto está permitido para preservar la salud física o mental de la mujer.

Por lo tanto, es necesario ofrecer servicios sanitarios para una interrupción voluntaria del embarazo sin riesgos. Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva *global de la OMS*.

La evidencia científica demuestra que los principales costos económicos y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro. En los lugares donde las leyes y las políticas permiten realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro se reducen.

A pesar de que el anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* refuerza la información que deben recibir las mujeres embarazadas. Autores como Epstein y Peter (2007), Nelson, Han, Fagerlin, Stefanek y Ubel (2007) y Sevdalis y Harvey (2006) alegan que una vez que la gestante ha recibido la información adecuada, es ella la que debe decidir sobre la IVE y no los profesionales o una normativa restrictiva.



Además, esta propuesta de ley compromete a los profesionales, especialmente de psiquiatría y ginecología, a actuar en contra de los criterios éticos y deontológicos de las profesiones sanitarias y vulnerar la autonomía de la mujer.

Algunos autores como Cribb y Entwistle (2011) consideran que desde un posicionamiento restrictivo no se plantea un claro modelo de toma de decisiones autónoma de la mujer. La principal defensa de esta percepción indica que aunque la mujer decidiera que se le practicase la interrupción voluntaria del embarazo, la ley limita dichas preferencias a una serie de supuestos.

El Anteproyecto que se presenta va en contra de los principios de la bioética, que defiende la autonomía de la mujer a decidir respecto a su sexualidad y reproducción, sobre el principio de beneficencia del no nacido. No permitir que la mujer decida provoca una agresión frontal con dichos principios.

Respecto al límite de edad propuesto por el Anteproyecto de Ley, a nuestro modo de ver, lo que debe determinar la autonomía de la mujer, desde un punto de vista ético, es el grado de madurez y los posibles conflictos familiares. La controversia surge en el momento en que se establece un supuesto especial, la IVE, al criterio general de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, donde las personas a partir de 16 años son autónomas para tomar decisiones en relación a su salud. Una persona madura con capacidad de decisión debe ser autónoma en todas las circunstancias, con la ayuda y asesoramiento de los profesionales.

Según las últimas investigaciones en España, aunque la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo sigue siendo elevada se sitúa en una de las más bajas en comparación con otros países de la Unión Europea o países como EEUU y Canadá (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011). No obstante, para poder analizar correctamente los datos es necesario tener en cuenta el marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en vigor. Actualmente se aplica una legislación menos restrictiva para la realización de la IVE, incluyendo el aborto por petición de la mujer hasta las 14 semanas de gestación (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo).

Es erróneo pensar que políticas más restrictivas sobre las condiciones de la IVE se traducen en un menor número de abortos, ya que éstos seguirán realizándose pero en condiciones de mayor inseguridad y riesgo para la salud, y sin que exista un registro de los mismos.

Por todo lo expuesto anteriormente, entendemos que dicho anteproyecto de ley no mejora ni la capacidad de autonomía de las mujeres sobre su salud reproductiva y sexual ni la seguridad de la IVE. Por lo que consideramos que debería procederse a la retirada del anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*.



REFERENCIAS

- Cribb, A., & Entwistle, M. A. (2011). Shared decision making: Trade-offs between narrower and broader conceptions. *Health Expectations*, 14(210-219.)
- Epstein, R. M., & Peters, E. (2009). Beyond information: Exploring patients preferences. *Journal of the American Medical Association*, 302, 195–197.
- Nelson, W. L., Han, P. K. J., Fagerlin, A., Stefanek, M., & Ubel, P. A. (2007). Rethinking the objectives of decision-aids: A call for conceptual clarity. *Medical Decision-Making*, 27, 609-618.
- Sevdalis, N., & Harvey, N. (2006). Predicting preferences: A neglected aspect of shared decision-making. *Health Expectations*, 9, 245-251.
- World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2nd ed. 2012