



Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

PO Box 70169 • San Juan, PR 00936 / e-mail: info@colegiomedicopr.org
Tels. (787) 751-5979 / 751-6670 / 751-7120 / Fax (787) 751-6592 / 281-7669

5 de septiembre de 2018

Hon. Thomas Rivera Schatz
Presidente, Senado de Puerto Rico
Presidente, Comisión Relaciones Federales, Políticas y Económicas
Senado de Puerto Rico
P O Box 9023431
San Juan, Puerto Rico 00902

PONENCIA SOBRE EL P. DEL S. 950 ANTE LA CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN DE RELACIONES FERDERALES, POÍTICAS Y ECONÓMICAS

Honorable presidente y demás miembros de esta Comisión:

El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico constituye la única institución representativa del universo de médicos de Puerto Rico y tiene el ineludible deber de comparecer y expresar su análisis sobre los proyectos legislativos que inciden en la salud de los residentes y visitantes de nuestra isla. La población representa nuestra propia razón de ser; el Pueblo es nuestro paciente y parte fundamental del esencial binomio que conforma la relación médico-paciente. Agradecemos la oportunidad que le brindan al Colegio para participar en la discusión del Proyecto del Senado 950 que alega ser la *“Ley para la protección de la mujer y la preservación de la vida”* dentro de los procedimientos de terminación de un embarazo en Puerto Rico.

Primero que nada, señor presidente, el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico lo felicita por su postura de no aprobar legislación que contravenga los estrictos parámetros establecidos por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, cuyos dictámenes son de estricto cumplimiento en todo el país, parámetros que tienen el propósito de iluminar a estados y territorios por igual en su función de querer reglamentar las terminaciones voluntarias de embarazos.

El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico **NO endosa** el Proyecto del Senado 950. Por el contrario, advierte la peligrosidad hacia la salud de la mujer, si se limita el acceso a servicios de terminación de embarazos que brindan los médicos licenciados y centros regulados por el Departamento de Salud. Las expresiones que en adelante se vierten son estrictamente desde la perspectiva salubrista y médica y dentro del marco legal establecido por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América. Es nuestro deber como médicos-cirujanos procurar el bienestar y salud de nuestros pacientes.

I. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA *vis a vis* STANDARD OF CARE

Las orientaciones médicas que se ofrecen a las mujeres y sus parejas sobre sus planes de vida reproductiva incluyen temas de constante controversia social, cultural, política, ética, moral y religiosa. Temas como contracepción, esterilización, terminaciones de embarazos y técnicas de reproducción asistida incendian los debates filosóficos y religiosos. A su vez, representan alternativas de tratamientos médicos para los pacientes. Los médicos-cirujanos seguimos e implementamos el “standard of care” y las normas de cuidado adecuadas.

No todos los médicos comparten las mismas preferencias personales y algunos pueden ser objetores de conciencia ante un tratamiento particular. No obstante, el carácter deontológico y las guías éticas de nuestra profesión establecen limitaciones en las objeciones de conciencia en la medicina reproductiva.

Toda intervención médica tiene como prioridad el bienestar del paciente; por lo que, un médico objetor de conciencia siempre debe proveer información correcta basada en evidencia científica; evitar imponer o abogar por convicciones religiosas, valores o moral; referir a tiempo a otro proveedor que ofrezca el servicio objetado; y, proveer los servicios para evitar daños físicos y/o mentales a la paciente, si el bienestar de la paciente requiere atención inmediata y no hay tiempo para referir como serían los casos de emergencia. Véase *The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine*, Committee Opinion on Ethics, Number 385, November 2007.

El valor de anteponer el deber a las preferencias personales, también lo hemos observado en las decisiones del Tribunal Supremo local, en citas como la siguiente: “Mi razón de conciencia hubiese sostenido la legislación puertorriqueña sobre [terminaciones de embarazos] que permite

intervención con el misterio de la vida únicamente cuando haya un riesgo para la salud de la madre, más la doctrina constitucional que nos obliga anula y desplaza la ley local.” Pueblo v. Duarte, 109 DPR 596, 1980 a la pág. 634. Como profesionales en el ejercicio de velar, promover, atender la salud y bienestar del pueblo es nuestro deber como médicos, educadores, jueces y legisladores ofrecer y salvaguardar los derechos fundamentales a la intimidad y salud de la población para el bienestar común.

Imponer barreras al acceso de servicios médicos para la terminación de embarazos conlleva el deterioro de la salud de la mujer. El acceso a terminaciones voluntarias de embarazos legales y seguros promueve la salud de las mujeres y previene el claudestinidad que conlleva a daños posteriores, incluida la muerte. La mortalidad materna disminuyó drásticamente tras la decisión de Roe v. Wade, 410 US 113 (1973). Como dato histórico relevante en la formulación de nuevas políticas que impactan la salud pública, es importante saber que en la ciudad de Nueva York, el año posterior a que se legalizara el derecho a terminar voluntariamente un embarazo, la mortalidad materna disminuyó 45% en la ciudad y antes de Roe, aproximadamente 5,000 mujeres morían cada año por las complicaciones de terminaciones ilegales de embarazos.

II. BARRERAS AL ACCESO

Constituye una barrera a los servicios médicos el criminalizar el ejercicio de un tratamiento reconocido en la doctrina jurisprudencial como un derecho fundamental en las Constituciones de Estados Unidos y Puerto Rico, y reconocido en el ejercicio de la práctica de la medicina como un tratamiento estándar dentro de la norma de cuidado médico adecuado. El proyecto ante su consideración recoge múltiples restricciones sin un interés apremiante que los justifique. Señalamos los siguientes medios onerosos, casi imposibles de implementar o viabilizar en la práctica diaria y que se presentan como requisitos previos al tratamiento médico:

1. La espera de 48 horas a partir del consentimiento informado por escrito para realizar el tratamiento médico, sin considerar la transportación, área geográfica, traslados y costos del paciente.
2. La entrega a la paciente de información errónea sin base médico-científica, en contra de la ética, diligencia médica, “standard of care” y literatura científica. Véase los mitos que se discuten más adelante.

3. Eliminación de la salud mental como una posible emergencia médica, ocultando la realidad de que “...el 7.3% de los adultos puertorriqueños padece de una condición mental seria. Dos de cada diez viven con una condición psiquiátrica. Uno de cada diez sufre de desórdenes depresivos severos...” Véase, “Grave el cuadro de salud mental en Puerto Rico”, El Nuevo Día, lunes 16 de enero del 2017, Benjamín Torres Gotay citando el Estudio de Prevalencia de Salud Mental en Puerto Rico de Canino, 2016. Cuando Puerto Rico se mueve en la dirección correcta de desestigmatizar la salud mental, no debemos, como esta medida propone, ignorar que la salud mental es tan real como la salud física.
4. Imposición de obstetras emergenciólogos en todos los hospitales, lo cual no existe y es imposible cumplir por la escasez de recursos humanos y fondos para salarios. No se deben presentar propuestas sin conciencia de la realidad fiscal de Puerto Rico. Los pocos hospitales que pueden cumplir con este requisito serían aquellos con residencias de ginecología y obstetricia como el Hospital Universitario del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Ningún hospital privado en Puerto Rico tiene ginecólogos todo el tiempo 24/7/365 pernoctando dentro de sus facilidades para cubrir emergencias.
5. Admisión compulsoria en hospitales a partir de la semana 13 para intervenciones que pueden ser ambulatorias o en oficina médica, aumentando el costo de la intervención médica sin causa justificada. El propósito es claramente anteponer barreras sobre barreras para hacer el acceso al servicio médico tan costoso y difícil que la paciente no pueda llegar. Nos preguntamos qué plan médico público y/o comercial va a cubrir los gastos.
6. Ultrasonidos detallados mandatorios con 48 horas de espera, con el único propósito de provocar un cambio de decisión en la paciente sin tomar en consideración el daño emocional y psicológico a la mujer que de por sí atraviesa por un momento difícil. Este requisito conlleva gastos de tecnología y de servicios no cubiertos por aseguradoras, así como tampoco se dispone un fondo especial del estado para atenderlo. En Puerto Rico ningún plan médico público o comercial, incluyendo el Plan de Salud del Gobierno, sufraga los gastos de la sonografía sin indicación médica. Actualmente, las

- barreras de servicios para embarazadas en el cuidado prenatal incluyen, entre otros factores, la falta de reembolsos por sonogramas adicionales durante el periodo de gestación. El proyecto que nos ocupa no dispone la cubierta de este gasto adicional; por lo que, impone una carga onerosa en la paciente y el médico que se le obliga a ofrecer un procedimiento sin indicación ni aseguradora que lo cubra.
7. Eliminación de orientaciones y alternativas de tratamientos en casos de anomalías genéticas, constituyendo un desvío marcado de la mejor práctica de la medicina, las guías de cuidado médico y la realidad salubrista de Puerto Rico. La mayoría de las pacientes que recurren a terminaciones por causa de anomalías genéticas en el feto, basan su decisión en la falta de compatibilidad con la vida de llevar a término el embarazo y la peligrosidad para la vida de la mujer. Consentir a una terminación de embarazo por anomalías genéticas es un proceso difícil para la mujer, quien encuentra apoyo en su pareja y familia. Un consentimiento informado conlleva el intercambio de información y un proceso decisional compartido.
 8. Prohibición de terminaciones en semanas o el tiempo que se detectan condiciones o afecciones como el virus del Zika entre las semanas 20 a 24. Este proyecto omite la reciente historia de salud pública en Puerto Rico ante la amenaza del virus del Zika, los algoritmos del CDC, las órdenes administrativas del Departamento de Salud y las consecuencias del síndrome congénito por el virus Zika que comprende una serie de malformaciones fetales, principalmente del sistema nervioso central, que comparten un patrón de atrofia cerebral y trastornos en la migración neuronal, que puede ser tan severo como microcefalia. Si la paciente no puede tomar la decisión, libre y voluntaria, de terminar el embarazo; ¿el estado va a asignar fondos especiales para la manutención y cuidados médicos que requieren estas condiciones? Un estimado del CDC y el Departamento de Salud informó que el costo fluctúa entre un millón a 6 millones de dólares al año dependiendo de la gravedad de cada caso.
 9. Incapacidad de las menores de edad para tomar decisiones sobre su sexualidad y derechos reproductivos. Desde Pueblo v Duarte en 1980, en Puerto Rico se confirmó la doctrina federal al decidir que una menor de 16 años con madurez intelectual suficiente y que no padeciera de impedimento alguno que violente la integridad de su

- decisión de terminar el embarazo no requiere el consentimiento de sus padres. En materia de servicios médicos a menores, con el propósito de fomentar la salud y prevenir daños a la salud física y mental, existen varias excepciones a la capacidad de un menor de edad para consentir a tratamientos médicos. Podemos mencionar como ejemplos exitosos que amplían el acceso para atender más efectivamente a los menores sin previo consentimiento de padres, madres o adulto encargado: (1) la Ley Número 27 de 1992 sobre Servicios Médicos Pre y Post Natales que permite a toda menor, sin importar su edad, recibir cuidados antes, durante y después del parto; (2) la Ley Número 81 de 1983 sobre Enfermedades de Transmisión Sexual que permite examinar y dar tratamientos a menores que sospechan tener o padecen dichas enfermedades; (3) la Ley Número 41 de 1983 sobre Donación de Sangre que autoriza a los menores de 18 años donar gratuitamente; y (4) la Ley Número 408 del 2000 sobre Servicios de Psicoterapia que permite a menores de 14 años solicitar y recibir servicios, entre otras excepciones.
10. Exigir notarios públicos en oficinas médicas para notarizar los consentimientos informados es una carga extremadamente onerosa para la mujer, los médicos y por supuesto el estado si tiene que cubrir la partida de los pacientes del Plan de Salud del Gobierno. El propósito del notariado es comprobar la identidad de las partes en un documento. Si alguien conoce la identidad de una paciente es su médico.
 11. Complejidad y costos de un proceso judicial para que un menor solicite autorización en un tribunal para un tratamiento que debe ser confidencial y estrictamente considerado como una intervención médica no judicial. Esta barrera promueve el clandestinaje y que nuestras mujeres jóvenes expongan su vida en manos de personas no autorizadas ni licenciadas a ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico. La tasa de mortalidad materna es un asunto serio que no debe estar sujeto a las preferencias personales de varios legisladores. La consecuencia directa de no tener acceso a terminaciones de embarazo por profesionales licenciados médicos en oficinas autorizadas por el Departamento de Salud es el aumento en muertes y daños entre nuestras menores de edad. Los menores de edad es uno de los sectores más vulnerables de la población a quienes tenemos el deber de proteger y ayudar; el Proyecto del Senado

950 atenta contra la vida de nuestras jóvenes al dejarlas desamparadas de atención médica rápida, segura y accesible.

12. Requerimientos de documentos como evidencia de carácter legal para un expediente médico. La propuesta pretende equiparar una oficina médica a un estudio legal, lo cual es irrazonable y oneroso.

Este listado solo menciona algunas de las barreras que el presente proyecto pretende imponer al acceso a los servicios de salud para las terminaciones de embarazo. La aprobación e implementación del Proyecto del Senado 950 equivale a la eliminación del ejercicio del derecho constitucional de la mujer a determinar voluntariamente la terminación de un embarazo en Puerto Rico. Mientras prevalezca Roe y su progenie, quien desee disfrutar lo que este proyecto propone tendría que mudarse de Puerto Rico, y no exactamente a los estados a donde se establecen más del 95% de quienes actualmente se mudan de Puerto Rico.

La política pública actual del Gobierno de Puerto Rico promueve la retención de médicos cirujanos en la isla mediante diversos incentivos. El proyecto ante nos conflige con esta política pública y establece un disuasivo poderoso para la práctica de la obstetricia en Puerto Rico. Es imposible para un profesional de la salud de la mujer ejercer su profesión ante la amenaza de ser acusado de delitos menos graves y graves con penas de reclusión de 1, 3 a 15 años y multas de quince mil dólares (\$15,000) por ejercer la medicina en la forma en que se ejerce usualmente, en forma segura, y en beneficio de la paciente. Si los profesionales de la obstetricia y medicina de familia no pueden ofrecer todas las alternativas de tratamiento que tiene una paciente ante problemas de salud mental, anomalías genéticas, afecciones al feto que limitan la compatibilidad o calidad de vida, se expone a dos escenarios. El primer escenario es orientar y ofrecer a su paciente todas las opciones de tratamientos incluyendo la terminación de embarazo, so pena de que le radiquen cargos criminales y de ser encontrado incurso en delito grave ser encarcelado por 15 años. El segundo escenario es omitir orientar u ofrecer a su paciente la opción de terminar el embarazo y ser demandado por negligencia en la práctica médica por desviarse de las guías y “standard of care” que se requieren en cuadros clínicos similares; por lo que, será demandado y sujeto a una sentencia con repercusiones económicas, emocionales y profesionales. Ninguno de

los posibles escenarios permite que los profesionales de la salud femenina en etapa reproductiva permanezcan ofreciendo sus servicios en Puerto Rico.

El proyecto ante su consideración pretende que los legisladores entren en las salas de examen de las pacientes para orientar con información sin base científica a nuestras pacientes, imponer procedimientos innecesarios, en conflicto con los estándares profesionales y éticos de la atención médica. La relación médico paciente se menoscaba cuando las regulaciones gubernamentales confligen con los estándares de cuidado médico o “standard of care”. Las guías de atención médica ante terminaciones de embarazo se basan en la evidencia científica y son pautadas por el Colegio Americano de Médicos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Academia Americana de Médicos de Familia, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Cirujanos. La Asociación Médica Americana adoptó la siguiente resolución “en oposición a cualquier regulación gubernamental o acción legislativa sobre el contenido del encuentro clínico individual entre un paciente y un médico sin un beneficio convincente al paciente basado en evidencia, una justificación de salud pública sustancial, o ambos.” Los proveedores de atención médica deben ser capaces de dar a sus pacientes una atención individualizada de alta calidad, basada en su criterio profesional, sin miedo a la intromisión política que socava los estándares profesionales de atención médica. Todos los pacientes tienen derecho a recibir atención basada en sus necesidades individuales y en lo que es médicamente apropiado, no en una ideología política o personal.

III. MITOS FALSOS

Pasemos revista sobre los mitos falsos relacionados a las terminaciones de embarazos que han sido reseñados para fundamentar la exposición de motivos o defensa del proyecto.

1. Primer Mito: Tener una terminación de embarazo puede elevar el riesgo de desarrollar cáncer de seno. Este argumento ha sido refutado por múltiples estudios con más de 2,000,000 de mujeres participantes, metaanálisis de la Sociedad Americana del Cáncer, investigaciones de organizaciones de cáncer en la mujer, artículos de revistas médicas, talleres convocados por el Instituto Nacional del Cáncer y por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Todos concluyen que la evidencia científica no apoya una conexión entre la terminación de un embarazo y cáncer de seno.

<https://ww5.komen.org/BreastCancer/Table25Abortionandbreastcancerrisk.htm>

2. Segundo Mito: Terminar un embarazo puede aumentar el riesgo de desarrollar infertilidad. Estudios científicos recopilados por el Instituto Guttmacher concluyen que la terminación de un embarazo presenta "prácticamente ningún riesgo a largo plazo de futuros problemas relacionados con la fertilidad, como la infertilidad...". www.guttmacher.org, www.asrm.org
3. Tercer Mito: Terminar un embarazo puede aumentar el riesgo de una mujer de problemas emocionales o de salud mental negativos o aumentar su riesgo de ideación suicida. La Asociación Americana de Psicología, el New England Medicine Journal, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, entre otros, han publicado los análisis de estudios e investigaciones que reflejan la falsedad de este mito. <https://www.guttmacher.org/gpr/2006/08/abortion-and-mental-health-myths-and-realities>
4. Cuarto Mito: Terminar un embarazo es más peligroso o plantea mayores riesgos para la salud que el procedimiento médico promedio. CDC concluye que la terminación legal de un embarazo es significativamente más seguro que el parto, y estudios publicados en la Revista Americana de Salud Pública informó que terminar un embarazo en el primer trimestre es uno de los procedimientos médicos más seguros en Estados Unidos.

IV. CONCLUSIÓN

En Roe v. Wade, se reconoció que el derecho a la intimidad es suficientemente amplio para incluir la decisión de la mujer para terminar su embarazo. Este derecho tiene su base en el concepto de libertad personal protegido por las cláusulas de debido procedimiento de ley de las enmiendas quinta y decimocuarta de la Constitución Federal y ha sido calificado como fundamental por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, 410 U.S. a las págs. 152 y 153, en una decisión que es automática y simultáneamente extensiva a todos los estados y territorios, incluido Puerto Rico. En el caso de Puerto Rico, a diferencia de la constitución nacional, ese derecho a la intimidad está también expresamente consignado en la Sec. 8, Art. 11, de la Constitución de Puerto Rico.

La propuesta ante la Asamblea Legislativa no ha demostrado que existe un interés apremiante por parte del estado que amerite limitar y obstaculizar el acceso a voluntariamente terminar un embarazo y cambiar, sin poder constitucional para ello, las regulaciones del Derecho vigente por medidas onerosas e irrazonables.

Por último, reiteramos nuestra felicitación por su determinación, señor presidente, de no dar paso a legislación que esté claramente fuera del marco constitucional de los poderes que tiene una asamblea legislativa estatal o, como ésta, territorial.

Agradecemos la oportunidad para expresarnos y explicar desde el aspecto médico porque el proyecto que nos ocupa se aleja del bienestar y salud de las mujeres. El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico apoya la autonomía de la mujer para tomar decisiones libres, voluntarias e informadas con evidencia médico-científica. Respetuosamente solicitamos a esta Comisión sobre Relaciones Federales, Políticas y Económicas emitir un informe negativo al Proyecto del Senado 950 y a esta Asamblea Legislativa votar en contra del proyecto.

Nos reiteramos siempre a sus órdenes.



Dr. Víctor Ramos Otero
Presidente
Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico