

Deposición PS 591  
10/25/2021

Buenos días Honorables Miembros de la Comisión de la Mujer del Senado De Puerto Rico-

Mi nombre es la Dra Yari Vale Moreno y soy Obstetra Ginecóloga dedicada al quehacer de los servicios de aborto desde hace aproximadamente 20 años y en Puerto Rico desde hace 14 años tanto en la facultad de la Universidad de Puerto Rico como en mi práctica privada. Hoy vengo a exponer por qué mi oposición a este proyecto que solicito a esta comisión lo retire en su totalidad.

He tenido la responsabilidad de atender, aconsejar e interactuar con pacientes menores de 18 años en la toma de decisiones sobre continuar o no un embarazo. Al comparecer solas, le garantizamos un espacio libre de coerción y que ellas puedan reflexionar sobre lo que realmente quieren para si mismas. Una paciente de 15 años viene a mi oficina en busca de un aborto, acompañada de su mamá y hermana. Se entrevista sola y luego aprovecho que la mamá y la hermana están para entrevistarlas también. Todo está claro, y procedo a tomar consentimiento informado. La paciente firma el consentimiento y la madre contrafirma el mismo aunque no es requisito en mi oficina, ni según el derecho vigente

en Puerto Rico. El procedimiento se lleva a cabo sin mayores consecuencias para la salud de la paciente. Seis meses más tarde llega una comunicación en mi oficina para comparecer en el tribunal de Bayamón y pedir copia de mis récords. Ese embarazo era el resultado de una violación repetitiva hacia esta paciente de parte de su padrastro. Esto lo ilustro aquí para que entiendan el por qué, madre, padre o tutores legales no necesariamente tienen el mejor interés de los adolescentes a los que cuidan y pueden representar una influencia coercitiva mayor y hacerlas tomar decisiones que no necesariamente son las de la paciente.

Existe legislaciones como la ley numero 27 de 1992 donde se dispone que una menor de 18 años NO necesita consentimiento de sus padres o tutores legales para proseguir cuidado prenatal o para buscar tratamiento contra enfermedades de transmisión sexual. Esto es una ley que reconoce la capacidad decisional de las pacientes menores de 18 años y como medida de salud pública la aplaudo, pues elimina trabas en poder acceder servicios de salud. Y yo pregunto a este foro, ¿esta paciente tiene capacidad cognoscitiva para entender lo que es proseguir con un embarazo, el parto o cesarea, crianza u adopción, si así lo decide? ¿Cómo es que lo tiene para la responsabilidad más grande que tiene un ser humano, hacerse responsable de otro, y no es capaz de tomar decisiones sobre un procedimiento de aborto? Uno necesita preguntarse por qué hay una doble vara para medir la capacidad de toma de decisiones de

pacientes menores de 18 años, si no es que se trata de restringir el acceso al aborto específicamente para esta población. El proyecto del senado 591 no discute en su exposición de motivos la jurisprudencia de Pueblo vs Duarte de 1980, donde se decidió a favor de la capacidad decisional de las adolescentes y que no necesitaba la autorización de padres o tutores de las mismas, y destaca el criterio médico y la relación medico-paciente donde media un consentimiento informado como parte de que el médico decida si la paciente tiene o no madurez suficiente para consentir. Este proyecto le quita este criterio al médico, otorgándose solo al tribunal, a través del “Judicial bypass” con el que la paciente acudiría a un Juez y éste le otorga una “resolución permitiéndole abortar sin el consentimiento requerido, si demuestra que ninguna de las personas cuyo consentimiento debe obtenerse, se encuentra disponible o, de estar disponible, se niega a dar el consentimiento.” Al leer esto me surge otra pregunta, ¿cuál sería la prueba que la paciente tendría que llevar al tribunal demostrando esto? ¿Una carta de los padres negándose a consentir? ¿Un affidavit? Esto sin contar, como la paciente vendría a conocimiento de este derecho.

¿Y que sabemos de esta población adolescente? Comprende de 3.6 a 9 % del total de casos de terminación de embarazo según datos de Departamento de Salud. Sabemos que desde Pueblo vs Duarte para acá, no hay una crisis de salud física o mental en esta

población a causa de abortos, por lo que nos cabe preguntarnos nuevamente, ¿por qué restringir el acceso a abortos seguros en esta población?

Sabemos que las pacientes adolescentes tardan más en informar a sus padres o tutores legales sobre su situación de embarazo, llegando más tarde a los servicios de aborto, lo que puede hacer este procedimiento más inaccesible por sus costos y más complejo. Tenemos estudios psicológicos que demuestran resultados similares a los de mujeres adultas en cuanto a salud mental post aborto, donde demuestra que no hay un alza en diagnósticos de depresión o ansiedad comparado con la población en general. Sabemos que en los lugares en Latinoamérica donde el aborto es ilegal, esta población esta más vulnerable a recurrir a abortos inseguros y clandestinos, poniendo en riesgo su salud y costándole la vida a muchas. De esta legislación pasar, veremos un alza en emergencias obstétricas y ginecológicas en esta población a causa de abortos clandestinos, como se veía previo a Roe v Wade. Las estadísticas del Departamento de Salud nos demuestran que menos del 0.5% de las terminaciones de embarazo tienen complicaciones, es un procedimiento 12 veces más seguro que un parto, por lo que sigo preguntándome la necesidad de este proyecto. Como país, ¿en donde queremos poner los pocos dineros del fisco? Creo que queda demostrado que aquí no hay un problema que hay que resolver y como salubrista, cuestiono las intenciones de este y otros

proyectos que se dirigen a atacar el acceso a servicios de aborto en Puerto Rico.

El artículo 13 de esta ley donde habla sobre “Niño sobreviviente del aborto” me resulta confuso. La mayoría de los abortos se llevan a cabo en el primer trimestre, las primeras 12 semanas, sobre el 90 % de estos, en las clínicas de terminación de embarazo y las pacientes tienen una cita de seguimiento. Al finalizar cada procedimiento se hace un sonograma post procedimiento para asegurarnos de haberlo completado y como parte de la calidad de cuidado. Solo podría pensar en los abortos de 2do y 3er trimestre que llevamos a cabo en el Hospital Universitario donde, según el comité de ética del mismo hospital, se realizan terminaciones de embarazo para anomalías fetales o condición materna antes de las 24 semanas o 2do trimestre y después de las 24 semanas o tercer trimestre, por anomalías letales fetales, entiéndase fetos sin riñones, sin cabeza, cíclopes, entre otras de muchas condiciones genéticas que solemos ver en un hospital supra-terciario. Ante estos criterios de diagnóstico, el imponer que “el personal clínico vendrán obligados a proveer todos los cuidados clínicos necesarios para la supervivencia de la criatura.”, e impone penalización según el código penal de Puerto Rico, hace que muchas mujeres y personas gestantes tengan que continuar con su embarazo, sabiendo su diagnóstico adverso e imponiendo una carga emocional adicional sobre esta. ¿Para qué tener cuidado prenatal

entonces, si no es para mejorar la salud de la mujer o persona gestante y diagnosticar, según la tecnología médica, embarazos saludables? ¿Qué alternativas podemos ofrecerles a las pacientes cuando tenemos diagnósticos adversos fetales? ¿Continuar un embarazo hasta los 9 meses? ¿Poner más a riesgo la salud materna al continuar un embarazo con una expectativa de vida fetal/neonatal de cero? Más aún, ¿gastar los pocos dineros del fisco e ir contra la ética médica de hacer intervenciones fútiles? El título de este proyecto de ley “Ley para la protección de la mujer en los procedimientos de terminación de embarazo y preservación de la vida”, ¿de qué vida estamos hablando? Al parecer, preservación de vida fetal con diagnósticos adversos e incompatibles con la vida es a lo que este proyecto se refiere.

El poner un rótulo que diga, “Ninguna mujer podrá ser obligada a realizarse un aborto o coaccionada a continuar su embarazo”, me parece que no abona a nada nuevo de lo ya establecido. Por ética médica, no realizamos ningún procedimiento médico sin previo consentimiento, por lo cual nos aseguramos de que ninguna paciente este siendo obligada a abortar. Entrando en la redacción de la oración, me parece que la palabra “coaccionada” no es de amplio conocimiento en lenguaje popular, haciendo más difícil el entendimiento de la segunda parte de la oración.

Elevar a ley algo que ya está altamente regulado en el actual reglamento del departamento de salud, con sus 3 modificaciones aquí expuestas, supone un impedimento a futuro de poder modificar el mismo según vayan surgiendo avances tecnológicos, pues al ser ley necesitará enmiendas y decisiones de personas que no necesariamente tienen un peritaje en el área de salud.

Como médica salubrista me opongo al PS 591 ya que aumenta el problema de acceso a los procedimientos de aborto en Puerto Rico entre las adolescentes y potencia abortos inseguros en este renglón de la población. No mejora, protege, ni salvaguarda la salud de la mujer e impone más impedimentos para que se puedan mejorar, atemperar a nuevas maneras o técnicas de terminaciones de embarazo el elevar el reglamento de salud vigente a ley. Es un proyecto fútil pues falla en demostrar su necesidad.

Gracias por la oportunidad,

Yarí Vale Moreno MD FACOG  
Darlington Medical Associates  
Profesora Auxiliar  
Recinto de Ciencias Médicas  
Universidad de Puerto Rico

.....