

LA REGLAMENTACIÓN DEL ABORTO LEGAL AMPUTADA

INCONSCIENCIA

El Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) falló a favor de 20 ginecólogos que presentaron un recurso para anular una parte importante de la reglamentación que rige la ley de interrupción voluntaria de embarazo. La acción dificulta aun más el acceso al procedimiento legal.

FLORENCIA
ROVIRA TORRES

EL TRIBUNAL HIZO lugar a la anulación de siete de los 11 artículos que solicitaron los médicos, por entender que éstos restringen el derecho a la objeción de conciencia.

Entre otras consecuencias directas, se amplía el derecho de los médicos a negarse a facilitar el proceso que derive en un aborto legal, se abre la posibilidad de que los profesionales contrarios al aborto por razones de convicción moral manifiesten sus visiones personales a sus pacientes, y el procedimiento de aborto legal se prolonga, lo que genera el riesgo de apartar a más mujeres de la decimosegunda semana de embarazo, legalmente hablando.

Una lectura rápida de la sentencia deja entender que los ginecólogos que presentaron el recurso lo hicieron para salvaguardar su propio derecho a practicar la objeción de conciencia cuando se encuentran ante una paciente que desea abortar. Pero una lectura más detenida sugiere que se trata de algo mucho más grande: socavar la implementación de la ley 18.987 de interrupción voluntaria de embarazo.

¿OBJETORES DE VERDAD? Marcelo Alegre, profesor de filosofía del derecho de la Universidad de Buenos Aires y experto en temas de democracia y libertad de religión, dijo a Brecha que el problema de la objeción de conciencia —que surgió con las personas que objetaban hacer el servicio militar— fue creciendo exponencialmente cuando se buscó legislar en el área de salud sexual y reproductiva. Subrayó que es importante distinguir la objeción de conciencia de la desobediencia civil o acciones conjuntas con un fin político: “El objetor de conciencia no quiere modificar la norma, no quiere hacer una movida política, lo único que quiere es hacer una excepción del cumplimiento de la ley para sí mismo, en ese sentido es una acción individual basada en la propia conciencia”.

En el caso uruguayo, el pedido de anulación de varios de los artículos de la reglamentación parece ir en el sentido que advierte el argentino. Por ejemplo, lejos de sólo proteger su propio derecho, los 20 ginecólogos pidieron anular el impedimento para que el personal administrativo, sin intervención directa en el acto médico, pueda hacer uso de la objeción de conciencia. Este punto no fue admitido por el TCA por considerar que los médicos no son competentes para plantear esa solicitud.

Los médicos solicitaron además la anulación de artículos que en ningún caso dañan la conciencia del objetor, ya que está eximido del procedimiento: se pidió que los cinco días con que cuenta la mujer para “reflexionar” sobre su decisión no se empiecen a contar a partir de la primera consulta sino luego de la entrevista con todo el equipo interdisciplinario. “Tampoco se entiende por qué exigen la anulación del artículo que refiere a la posibilidad de que el equipo interdisciplinario se entreviste con el progenitor. ¿De qué manera le afecta al objetor que el equipo tome contacto o no con el progenitor?”, expresó a Brecha Lilián Abracinskas, de la organización feminista MYSU.

En un trabajo presentado como investigador en la Universidad de Yale,¹ Alegre advierte sobre las particularidades de la objeción médica, y argumenta que el caso del médico no es comparable al del objetor al servicio militar no sólo porque ser médico significa ser parte de un monopolio profesional (únicamente los médicos pueden llevar a cabo un aborto) al que no existe ninguna obligación de pertenencia, sino también porque existe una tercera persona que se puede ver afectada por su objeción de conciencia: el paciente.

El derecho al acceso a la salud, insiste Alegre, es más importante, y por lo tanto la objeción no puede afectar al paciente.

En Uruguay para objetar contra la práctica del aborto basta con notificar a las autoridades del servicio donde trabaja el médico. Desde MYSU, que hizo un amplio trabajo de relevamiento de la implementación de la ley del abor-

to en varios departamentos, se constató sin embargo que existen muchos casos de médicos que se declararon objetores por razones ajenas al ámbito moral o de confesión. “En reuniones que tuvimos con médicos en el Interior varios confesaron ser objetores formales porque prefieren dedicarse a otras prácticas médicas por otras razones. Alguno nos dijo, por ejemplo, ‘No hago abortos porque dejo de hacer cesáreas’, porque les generan dinero mientras que los abortos no.”

Alegre propone un modelo de la objeción de conciencia inspirado en el terreno militar: “No alcanza simplemente con que diga ‘yo soy objetor’. En general hay un panel que entrevista a la persona, quien debe fundamentar la seriedad de su reclamo. Es decir, tiene que fundamentar cuán grave es para él tolerar esa norma en su conciencia. Para garantizar que la objeción no sea una manera de sacarse de encima algo que uno no quiere hacer”. También defendió el derecho de una mujer a conocer de antemano la posición de su médico, de manera de no enterarse de su resolución una vez que llega a la consulta con intención de iniciar el proceso de interrupción de embarazo pues en muchos casos puede resultar humillante.

Hugo Rodríguez, director del Departamento de Medicina Legal de la UDELAR e integrante del Tribunal de Ética del Colegio Médico, coincidió en que el médico debe fundamentar su objeción, pero se mostró contrario a la existencia de un tribunal o a que se publiquen listas de objetores, tal como lo expresó en un comunicado el Cole-

gio Médico uruguayo en un comunicado de abril de 2013.

OBJETAR CONTRA TODO. La ley dispone: “Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tenga intervenciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3 y el artículo 6 de la presente ley deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen” (artículo 11). De una lectura estricta de la ley se desprende que ésta no prevé objeciones a ningún otro aspecto de la norma.

Entre esos aspectos que no están incluidos figuran los primeros cuatro incisos del artículo 3, que describen los diferentes pasos que los servicios de salud deben tomar cuando una mujer expresa no querer seguir adelante con un embarazo. El más importante es la derivación a un equipo interdisciplinario, descrito en el segundo inciso: “el médico dispondrá (...) la consulta con un equipo interdisciplinario” compuesto por un ginecólogo, un psicólogo y un asistente social, el mismo día o al día siguiente de la primera consulta médica.

Lo único que dispone el quinto inciso del artículo 3 —que sí es posible de ser objetado— es que, pasado un período mínimo de cinco días de reflexión, si la mujer persiste en abortar, “se coordinará de inmediato el procedimiento”.

Naturalmente, en su reglamentación el Ministerio de Salud Pública entendió que “sólo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo”. Sin embargo, el TCA optó por una in-

terpretación mucho más amplia y, según su fallo, la objeción de conciencia “comprende la exención de todas aquellas actuaciones que responden a la intencionalidad de abortar”. “Quien firma (un) formulario (en el asesoramiento previo al aborto) está participando directamente” en el proceso del aborto, argumenta. De esa forma, el fallo podría permitir a todos los médicos negarse a derivar a la mujer al equipo interdisciplinario que se encarga de hacer avanzar el proceso de aborto.

Esta posibilidad presenta un desafío muy grande de orden práctico, pues las mujeres que descubren un embarazo no deseado rara vez acuden directamente al equipo interdisciplinario. Pasan primero por la consulta con sus médicos, que pueden ser objetores y podrían negarse a derivarlas al equipo por considerar esto parte de su objeción de conciencia.

LA PRÁCTICA. El TCA anuló el cuarto inciso del artículo 12 del decreto de reglamentación, que dicta que el equipo asesorará a la paciente “con encare de disminución de riesgo y daños”, porque interpreta que ese asesoramiento es sólo con el fin de realizar el aborto de manera menos riesgosa.

El principal responsable de la reglamentación, el ex subsecretario del MSP Leonel Briozzo, opinó que el TCA “hace una interpretación errónea” y desconoce lo que implica el encare de “reducción de riesgo y daño” que se aplica en Uruguay desde 2001 como parte del modelo de iniciativas sanitarias. “Implica un asesoramiento balanceado en el cual a la mujer se le informa de todas las posibilidades que puede tener de continuar el embarazo y hacerse cargo del recién nacido, de continuar el embarazo y dar en adopción al niño o de interrumpir el embarazo. Lo que se hace es ayudar a las mujeres a tomar una decisión de la manera más consciente, y no imponerles ninguna decisión, sino acompañar la suya”, aseguró.

Aunque en el cuarto inciso del artículo 12 el TCA sólo parece discrepar con lo referido al “encare de disminución de riesgo y daño”, decretó también —sin exponer argumentación alguna— la anulación de lo que sigue: el asesoramiento se hará “sin la imposición por parte del equipo, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que debe abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante”.

EL TIRO POR LA CULATA

LA FALTA DE claridad y las contradicciones de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, fruto de arduas negociaciones políticas, explican en parte el fallo del TCA, ya que se habilitan lecturas distintas de esa ley. La interpretación del TCA es muy estricta, en tanto que en la reglamentación del Ministerio de Salud Pública (MSP) al respecto se optó por formulaciones que van un poco más lejos de lo planteado en la ley. Algunos observadores sugieren que el intento del MSP de avanzar en los derechos de las mujeres a través de la reglamentación fue un error, a la luz del fallo del TCA que ahora la deja amputada.

Un ejemplo que lo ilustra: la ley en su artículo 4 prevé que el equipo interdisciplinario deberá “entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer”, pero el MSP va un poquito más allá y reglamenta (artículo 13) que “si la mujer no manifiesta que desea que el equipo se entreviste con el progenitor se entenderá que la misma no presta su consentimiento a estos efectos”, y es por eso que lo anula el TCA.

“Ahí donde la ley no detalla, la reglamentación quiso detallar”, opinó Hugo Rodríguez. “Si se hubiera reglamentado con un poco más de cuidado, en lugar de dar un pasito más ahí donde era complicado, se habría podido salvar el mecanismo”, se lamentó.

Brecha solicitó una entrevista con el MSP para saber qué medidas se piensa tomar ante la anulación de los siete artículos de la reglamentación, pero el ministerio expresó no querer comunicar más sobre el tema. Se conformó con declarar su compromiso con que los equipos interdisciplinarios “estén disponibles en todo el país para cuando así lo requiera cada una de las mujeres” y que solicitaría los nombres de todos los objetores de conciencia en el país para poder reorganizar los servicios de salud.

Leonel Briozzo, por su parte, dudó de que la decisión del TCA pueda dismantelar una aplicación de la ley que ya lleva dos años. “La implementación ha sido exitosa e irreversible. Esta política está consolidada absolutamente”, declaró a Brecha. ■



La anulación de esta disposición sugiere que el TCA le daría el visto bueno a los médicos para que expongan sus convicciones personales a sus pacientes con el fin de influenciar a la mujer que desea abortar, algo que entra en estrecha contradicción con el Código de Ética del Colegio Médico, que prevé en su artículo 3 que “*es deber del médico (...) no utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores*”.

Hugo Rodríguez explicó a **Brecha** que “*el Código de Ética Médica es ley en nuestro país (ley 19.286), justamente porque entre el paciente y el médico se configura una relación de poder desigual. Tener que soportar como paciente que un médico te diga ‘¿Pensaste bien que es una vida, un corazón que late?’ es contrario a la ética médica, es tratar de imponer sus convicciones desde una posición de poder*”.

En otra derivación del fallo, la psicóloga Ivana Leus, quien forma parte de equipos interdisciplinarios, se mostró preocupada por la posibilidad de que el proceso para abortar se prolongue. Con la sentencia del TCA recién empieza a correr el período obligatorio de reflexión de cinco días una vez que la paciente se haya entrevistado con los tres integrantes del equipo interdisciplinario, y no, como hasta ahora, cuando la mujer solicita a su médico tratante que se inicie el procedimiento para una interrupción del embarazo.

Por otro lado, la psicóloga precisó que el equipo siempre trabaja conjunta y coordinadamente sin importar si sus integrantes se entrevistan con la mujer por separado o en una misma reunión. La sentencia del TCA exige que la entrevista con la paciente se efectúe con los tres integrantes del equipo presentes, y no separadamente, lo cual puede presentar problemas organizacionales en ciertos servicios de salud. ■

1. “Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva”, SELA, 2009.

MATERNIDAD ADOLESCENTE Y POLARIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

TRAS LOS DATOS DE FECUNDIDAD, LA DESIGUALDAD SOCIAL

IGNACIO PARDO

UNO. Hay fenómenos demográficos que ya son parte del saber común. El descenso de la fecundidad uruguaya es uno de ellos; es conocido el proceso de descenso en la cantidad media de hijos por mujer en las últimas dos décadas, tal como registra la tasa global de fecundidad, que bajó de 2,5 a 1,9 hijos por mujer. Hace algunas semanas, un seminario¹ profundizó sobre los fenómenos asociados a este descenso, para iluminar aspectos que acompañan y explican la tendencia general. Dos de ellos resaltan. Por un lado, la fecundidad adolescente no muestra señales de descenso en los últimos años. Por otro (o más bien por el mismo lado, ya que se trata de fenómenos vinculados entre sí), el comportamiento reproductivo ha profundizado su polarización, con edades distintas de comienzo de la maternidad según el estrato social.

Empecemos por el último. Hay una consistente tendencia de la mayoría de las

mujeres uruguayas a detener el aumento de la descendencia al llegar a dos o tres hijos (por lo que tener muchos hermanos comenzará a ser un fenómeno extraordinario en el Uruguay) y una ligera tendencia a tenerlos más tarde. Pero tras esta pauta general hay una fuerte polarización de los comportamientos. En los estratos más bajos, mayor cantidad de hijos y comienzo de la maternidad a edades tempranas. En los medios y altos, descendencias reducidas y un comienzo cada vez más tardío. Nada nuevo, pero impacta ver cómo este régimen dual no se ha mitigado sino consolidado en los últimos años, sobre todo en cuanto al momento en que las mujeres se hacen madres: parte de esta consolidación es favorecida por la persistencia de la fecundidad adolescente.

La tasa de fecundidad adolescente, que registra la cantidad de nacimientos cada mil jóvenes entre 15 y 19 años, descendió en relación al pico de intensidad observado en los noventa, pero no logra bajar más allá del entorno de los 60 por mil. Para tener una referencia, digamos que en América Latina los valores están cerca de 66 por mil y que allí donde hay valores bajos, como España, pueden verse tasas cercanas a 10 por mil. El fenómeno se observa con claridad completa si vemos que dos de cada diez mujeres terminan su adolescencia siendo madres y que la concentración de la fecundidad adolescente en los estratos más bajos es cinco veces más alta que en los más altos.

DOS. Para dar un panorama más completo, Jorge Rodríguez Vignoli, especialista del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), de la CEPAL, participó del seminario y puso los datos en contexto. Los altos valores de la tasa de fecundidad adolescente son típicos de América Latina, la segunda región con mayor fecundidad adolescente del mundo, luego del África subsahariana. No es fácil explicar el fenómeno, que resulta anómalo si consideramos la baja fecundidad general de la región, o sus niveles educativos y de urbanización, propios de poblaciones con menor proporción de madres adolescentes.

Parte de la explicación es que el adelanto en la edad de iniciación sexual, que aumenta la “exposición al riesgo” de quedar embarazada, no fue acompañado por un uso eficiente de métodos anticonceptivos. Pero esto sólo explicita los mecanismos que hacen posible el fenómeno. La explicación completa debiera decirnos por qué no se usan eficientemente, sobre todo en Uruguay, donde el acceso y uso de métodos anticonceptivos es amplio. Todo remite a la sempiterna discusión sobre la educación sexual y a la más nueva sobre la posibilidad de promover anticonceptivos subdérmicos, pero también al contexto de desigualdad so-

cial que favorece las amplias brechas entre estratos y a la conexión entre equidad de género y toma de decisiones reproductivas. ¿Qué capacidad suelen tener las adolescentes de los contextos más vulnerables a la hora de imponer las condiciones de las relaciones sexuales y afectivas?

Los determinantes sociales del fenómeno son claramente resumidos por Rodríguez Vignoli: “*la pobreza, la falta de oportunidades, la desigualdad social, la falta de información consistente, la ausencia de una atención especial de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y ciertos patrones culturales que continúan definiendo el rol reproductivo y doméstico como el único válido para las mujeres*”.

TRES. A pesar de que la fecundidad adolescente hace surgir discusiones conceptuales y políticas que pueden durar varios días, hay cierto consenso en torno a que puede considerarse un problema. Sobre todo porque dos de tres nacimientos de madres adolescentes surgen de embarazos no planeados, lo que se da de bruces con los derechos sexuales y reproductivos: cada persona debiera poder decidir el momento de tener hijos. Pero aun en los casos en que existe una decisión consciente de ser madre adolescente la situación suele ser parte de una problemática mayor.

Es fácil intuir por qué. El tiempo que las adolescentes dedicarían a la escolarización, el ocio o la acumulación de experiencia para etapas posteriores suele resentirse si hay hijos para criar, aunque la relación entre maternidad adolescente y educación no suele ser tan simple (se sabe que la deserción escolar viene a menudo antes que los hijos y no al revés). En cualquier caso, en la actualidad la maternidad adolescente está asociada a la limitación de las opciones vitales en un contexto de desigualdad social. Aunque esta situación no es generada por el hecho de ser madre a temprana edad, es razonable pensar que puede reforzarse por esa vía.

Estos son sólo titulares. Sustener que el descenso de la fecundidad adolescente es un objetivo deseable debiera ambientar altas dosis de discusión conceptual, así como generación de resultados de investigación más refinados, desde varias disciplinas. No sólo hay que comprender cómo se usan los anticonceptivos, sino cómo perciben su proyección futura las jóvenes que viven en un contexto de privaciones. E incorporar a los varones, usualmente poco considerados en asuntos de fecundidad. ■

1. El descenso reciente de la fecundidad en Uruguay. Polarización social del comportamiento reproductivo y persistencia de la fecundidad temprana, organizado por el Programa de Población (Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR).

CAMPANO
nocturno
campo + música de
ballet + orquesta
de cámara
17 setiembre
auditorio nacional
del sodre
21 hs

tickañtel Abitab redubos 2 años

1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100