

## Objeciones al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (SS y R)

### Presentación a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la República Oriental del Uruguay. Agosto de 2008

#### **María Lourdes González Bernardi**

Médica Ginecóloga - Lic. en Educación - Máster en Bioética

Docente de Ética Médica Universidad Católica de Uruguay y de la Facultad de Medicina del ClaeH- Maldonado.

18 de diciembre 1561 Montevideo - Uruguay CP 11400 - Teléfono Celular 094 038 374  
mlgonzal@ucu.edu.uy

#### **Resumen**

Se proponen varias modificaciones al Proyecto de Ley de Defensa de la Sexual y Reproductiva (SS y R) en actual debate en el parlamento uruguayo, (el mismo ya consta de media sanción del Senado). Consideramos que deben ser **contemplados y analizados con profundidad** aspectos que involucran al médico- ginecólogo, desde la analgesia del parto a la objeción de conciencia el objetivo del acto médico es violentado. El Código de Ética médica del Sindicato Médico del Uruguay es claro en afirmar:

*“Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos”\**

#### **Introducción**

Históricamente se ha considerado al médico como poseedor de un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos para tratar al enfermo. El propósito de la medicina fue siempre el mismo: **curar la enfermedad y eventualmente, prevenirla y siempre asistir al enfermo**, ése es el objetivo y finalidad del acto médico.

Con respecto a la participación del médico en un aborto procurado por sola voluntad de la mujer , hay una serie de problemas en los que el hecho de saber cuales son los principios y normas éticas propias de la profesión médica, **no son suficientes** como para resolver los conflictos que se entablan, entre la solicitud de abortar su hijo por parte de la madre embarazada y el derecho del médico a negarse a realizarla e intentar proteger la vida del no nacido hay un abismo, más complejo aún si dicha mujer esta amparada por Ley, como estimamos ocurrirá en nuestro país a la brevedad.

\*Código de Ética del Sindicato Médico del Uruguay SMU. Mdeo.1994

Consideramos que por más que nos oponemos firmemente al aborto, con Ley o sin ella debemos tener una **oposición responsable** y viable aportando a las modificaciones que a nuestro juicio se pueden realizar en el caso que la despenalización del aborto antes de las 12 semanas de gestación sea finalmente aprobada.

Hoy por hoy lo único que impide su aprobación en Cámara de Diputados ( el Senado ya lo aprobó en 2007) es la amenaza de veto a la ley de SS y R por parte del presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez (reconocido médico oncólogo) , dicha negativa se basa según sus palabras en **convicciones científicas**, que sostienen que la vida humana se inicia en el momento de la concepción. Y desde allí la vida del nuevo ser debe ser protegida y promovida.

Lamentablemente mientras se discute medianamente el tema, ya que al polarizar la discusión hacia el aborto sí - aborto no, entre los mal llamados “provida - antivida” las posiciones se radicalizan en forma absurda y terminan siendo en una especie de show mediático que no arriba a nada.

Somos conscientes que poco se ha hecho para evitar el mayor problema, que es el **embarazo inesperado, no deseado ni aceptado**, el gobierno uruguayo considera que haciendo campañas de colocación de DIUs , de distribución gratuita de preservativos y Anticonceptivos Orales e instruyendo someramente en la Educación Pública sobre el correcto uso de los mismo es más que suficiente.

### **10 propuestas**

Sin dudas que **el aborto ha existido en todos los tiempos y en todas las culturas.** (1) Nada hace pensar que dejará de hacerlo. Cada cultura ha buscado su manera de manejar el problema: ya sea instituyéndolo como práctica validada socialmente, o bien condenándolo, ignorándolo, pautándolo, etcétera. Sin embargo, no se ha hallado una solución “de una vez y para todas” y cada supuesta solución genera, a su vez, nuevos problemas, que no pretendemos ahora abordar.

En lo que nos compete como médicos humanistas seguiremos proponiendo cambios **al Proyecto de ley, partiendo de la premisa de encontrarnos radicalmente en contra del aborto provocado, con o sin su legalización consideramos que los abortos podrían disminuir con:**

- la formación de una adecuada conciencia moral de los ciudadanos en el sentido de respetar la vida humana desde su inicio hasta su fin natural.
- promover una adecuada conciencia de la mujer y del hombre en el sentido que, una vez concebido, su hijo merece vivir.
- ejercer la sexualidad en forma libre y responsable evitando embarazos inesperados.
- procurar *realmente* la contención y protección de la madre y la acogida del hijo que viene en camino.

Consideramos que el Proyecto del Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva debe ser **contemplado y modificado** en los **siguientes 10 aspectos**, en orden del articulado del Proyecto de Ley (ver anexo)

1. Concepto de **parto humanizado** que incluya la **analgesia** del parto en forma opcional.
2. **Comisión interdisciplinar** que **evalúe y acepte** la petición de interrupción del embarazo normal.
3. **Cartillas de asesoramiento** que aseguren la transparencia del proceso.
4. Se reconozca la voluntad del padre, solicitar que concurra al asesoramiento.
5. Permitir a la mujer **una toma de decisiones libre y conciente a través de una correcta información.**
6. Características del acto médico
7. ¿Quién determina la **incompatibilidad** con la vida extrauterina del feto y la **severidad** de las patologías maternas en vías de una interrupción de la gravidez? ¿Se consideran **plazos en semanas de gestación** para plantear la interrupción por causa fetal?
8. Control por parte de la Autoridad Sanitaria de la venta de **fármacos abortivos.**
9. Que no existan plazos para la **Objeción de conciencia**
10. Discriminación médica por objeción de conciencia

**1. Dolor de parto.** Un reciente estudio en el Hospital Materno Infantil Universitario(2) Para la mayoría de las mujeres de todas las sociedades y culturas a lo largo del tiempo **el parto natural representa una de las experiencias más dolorosas** de sus vidas (comparable a la amputación de un miembro) y es un claro ejemplo de dolor agudo, pero debe ser el único episodio doloroso que acompaña tan íntimamente a un fenómeno fisiológico y normal, como es el nacimiento.

La **analgesia durante el parto es hoy día un derecho** y una exigencia de la mujer embarazada, no existiendo razón alguna que justifique que la mujer deba soportar obligatoriamente el intenso dolor del parto.

En ausencia de contraindicaciones médicas la sola solicitud de la madre es suficiente indicación para la analgesia del parto.

2. Para el Instituto de Éticas aplicadas de la Universidad Católica **el médico no tiene capacidad ni obligación** de evaluar **las circunstancias** en la que se produce el embarazo, y decidir si accede a él o no. La solicitud de aborto debería ser considerada por una **Comisión multidisciplinar** en forma responsable y confiable, animando en primer lugar a la continuación de la gravidez ayuda y contención a la mujer y posibilidad adopción Como lo indica la Ordenanza del MSP (3)

Con respecto a la toma de decisión de abortar, se sugiere un **período de reflexión** de una semana por parte de la mujer y su pareja. En países que tienen el aborto despenalizado hace años (España, Francia etc) no se realiza ningún aborto por sola voluntad de la mujer sin causas que lo justifiquen y se estiman un 50% de reconsideraciones, continuando el embarazo.

La institución sanitaria reserva los datos de la mujer y la cita a consulta para que utilice **un método anticonceptivo seguro** según recomienda la Ordenanza y datos a nivel europeo (4)

Es indispensable que el técnico actúe con la mayor objetividad (5). Se asegura que cuando el técnico (u otra persona) intenta incidir en el conflicto interno de la mujer que **duda** entre abortar o no volcándose abiertamente por una de las dos opciones en vez de ayudarla a encontrar su propia opción, **puede empujar a la paciente** a posicionarse reactivamente en la posición contraria

3. Para O. França (6) la asesoría no puede quedar **al arbitrio de un profesional**, deben haber **Cartillas públicamente conocidas y formuladas en consenso plural** donde figure con total claridad cual es la información que debe recibir toda madre y el padre que han pensado la posibilidad de abortar o que ha decidido hacerlo, las cartillas deben ser públicas y **de fácil acceso**, a la vista de todos, no puede quedar en manos de opiniones y pareceres sesgados.

La cartilla debe ser elaborada por una **Comisión representativa** de todas las corrientes de opinión, no sólo por quienes propugnan la libertad de aborto.

4. La Sociedad de Ginecología del Uruguay (4) considera que en la **decisión de abortar no se debe obviar al padre** (es el co- gestor del embarazo) que puede reclamar sus derechos; no sólo porque puede resultar un **condicionante de la decisión** de la mujer (situaciones de presión o maltrato) sino porque en muchos casos se trata de una decisión que se toma en pareja, y solo que se excluya voluntariamente, es necesario que esté en conocimiento de la decisión de abortar.

Para D. Defey (1) en algunos casos se genera una discordia en la pareja que puede condicionar su continuidad o modificar radicalmente su decisión. Los estudios de seguimiento muestran que las eventuales **repercusiones del aborto también afectan al hombre** y que su actitud resulta muchas veces decisiva en la continuación o no de la gestación.

Grupos feministas radicales (7) han entrevistado a mujeres que han abortado, y prácticamente el 90 por ciento de ellas calificó la decisión de hacerlo **como de su exclusiva responsabilidad**, incluyéndose aquellos casos en que el principal motivo para abortar era el haber sido abandonadas por su pareja con motivo del embarazo

5. Para el Sindicato Médico del Uruguay el proyecto de Ley de SS y R (8) debe contemplar la necesidad de dar una **información completa y veraz** del proceso de gestación para la toma de decisión al momento de plantear un aborto.

Tanto para la madre como para el padre. La realización de **ecografías** con técnicos capacitados demuestran con facilidad al visualizar al embrión -feto, que **el aborto no es un método anticonceptivo sino antinatal** y podrá permitir a la paciente ver la realidad de la situación que quizás no la valoraba en toda su real trascendencia., por lo que se considera que para una toma de decisiones libre y consciente por parte de la pareja, es necesario que **comprendan a cabalidad que es aborto**, y para ello deben comprender que el embrión - feto no es un conjunto de tejidos, ni que forman parte del cuerpo de la mujer. No es conveniente hacer apreciaciones como "mirá a tu bebé" para que se comprenda la imagen ultrasonográfica "una imagen vale más que mil palabras dice el refrán popular".

6. Para Laín Entralgo (9) **acto médico** es, aquel acto electivo realizado por un profesional médico cuya responsabilidad primaria e irrenunciable es el **cuidado de la vida y la salud** del paciente a su cargo. Este proyecto de ley pone en evidencia una gran incoherencia, **que luego de calificar el aborto como un acto médico regula la objeción de conciencia.**

Es recomendable una **clara conciencia** por parte del profesional respecto a su **propio posicionamiento** ideológico y sus limitaciones personales respecto al tema debería también hacer parte de los elementos a tener en cuenta a la hora de evaluar la consulta y decidir **qué manejo hace** de la misma.

En ese sentido los médicos, debemos recordar los referenciales éticos internacionales y la tradición hipocrática de defensa de la vida tal como es actualmente aceptado por el Código Internacional de Ética médica de la Asociación Médica Mundial: "*El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana*"

La Declaración de Ginebra de la AMM también establece que el médico debe "*velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza...*"

Y en la Declaración de Oslo de la Asociación Médica Mundial se reafirma que "*El primer principio moral que se impone al médico es el respeto a la vida humana desde su comienzo*" (6)

7. ¿Quién determina la **incompatibilidad con la vida extrauterina** y la **gravedad de las patologías maternas**? Los cometidos del Comité de Ética Clínica (6) (no de investigación ) Hospitalario por definición es el pedagógico, psicológico, consultivo y **de orientación de criterios**. Con una integración que refleje los distintos enfoques del problema.

Obviamente, que el primer enfoque sería el del **médico**, pero deberían incluirse como imprescindibles, el enfoque **ético**, el **jurídico**, el **religioso**, el de los **usuarios** de los servicios de salud y el del personal de **enfermería**, los **psicólogos** y los **asistentes sociales**. (1)

El proyecto de ley deja abierta la posibilidad de la interrupción durante todo el embarazo, posibilitando el nacimiento de un niño con defectos congénitos, **vivo, y prematuro**, agravando aún más su pronóstico. A nivel internacional (11) se estipulan las 22-24 semanas (España, Francia) de gestación como límite de la viabilidad fetal.

En el caso de patologías maternas deberá consignarse que atenten **gravemente su vida** y que se justifique fehacientemente la necesidad del aborto no el vago "**un grave riesgo para la salud de la mujer**", como expresa el Proyecto de ley.

8. Acceso a **fármacos abortivos**: luego de un exhaustivo análisis (11) resulta contradictorio que el Ministerio de Salud Pública controle los psicofármacos y exija que –aún los tranquilizantes menores- deban ser comprados sólo con recetas verdes pero, por el contrario, permita el libre acceso de un medicamento que puede ser usado de forma directa para producir un aborto en **cualquier etapa del embarazo**, y poner en **riesgo la vida de la madre**. Consideramos que el Ministerio debe exigir que el *misoprostol* sólo pueda ser utilizado sólo por la Institución Asistencial en las situaciones clínicas específicas y que su uso sea controlado al igual de otros medicamentos que ponen en riesgo la salud de los individuos.

9. El **plazo** de treinta días para plantear la **objeción de conciencia** es muy breve y no se ve en realidad la necesidad de poner un plazo. (13)

Bastaría decir: El médico que tenga objeción de conciencia **lo hará saber a la Institución** y **no estará obligado a practicar abortos**. En treinta días alguien puede no tener posibilidad de hacer llegar su objeción de conciencia, luego de eso, queda obligado a actuar contra su conciencia o perder su trabajo.

Consideramos que la oposición u objeción a practicar un aborto NO debe ser calificada como objeción de conciencia “a secas” , sino como **objeción profesional** ya que practicar un aborto iría contra la ética profesional médica (Códigos de Ética de la AMM, recogidos en el SMU) que protege la vida desde la concepción, proponemos que el objeto no debe ser el médico que se niega a practicar un aborto, sino el médico que contraviene el deber de preservar y cuidar la vida.

10. Lo mismo sucede con el que comienza a trabajar, **queda en inferioridad** de condiciones ante el que no tiene problemas en hacer abortos. ¿Qué sucedería en una guardia en la que todos los médicos aleguen objeción de conciencia? Para la Institución sería una contrariedad que la salvaría permitiendo el ingreso sólo de médicos que realicen aborto, como otras intervenciones en contra de su conciencia. En todo caso, este proyecto de ley no prevé ninguna forma de evitarlo. (13)

Pero además, incluso habiendo presentado en tiempo y forma la objeción de conciencia, el médico estará obligado a practicar el aborto en casos “graves y urgentes”, que no se especifica cuáles serían.

En ese sentido, creemos como **profundamente injusta la realización de una “lista negra”** de objetores de conciencia por parte de las Instituciones prestadoras de salud, debería ser al contrario, **la nómina debería ser de los médicos que realizarían abortos**, y que esta se haga pública para los afiliados a la Institución.

## Referencias Bibliográficas

1. **Defey D.** Extraído del libro INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO. Sindicato Médico del Uruguay 2004.

2. **Scarrone P.** Quijano J. ANALGESIA DEL PARTO (Monografía de Tercer Año Clínicas Ginecológicas Centro Hospitalario Pereira Rossell.Mdeo. Uruguay

3. **Ordenanza 369/04 Ministerio Salud Pública CONSULTA INICIAL (CONSULTA PREABORTO) “Art. 7.** *En caso de que el ginecólogo en el marco del equipo de salud, perciba la posibilidad de que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo, le informará y dispondrá los cuidados de protección preaborto que incluye la administración preventiva de antibióticos desde las 24 hs. antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el periodo crítico de los 10 días post aborto”.* <http://www.iniciativas.org.uy/>

4. **Capítulo de Ginecología y Obstetricia Psicosomática de la Sociedad de Ginecología del Uruguay- Montevideo 2004.** En relación al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. *“Dada la complejidad del tema, las múltiples facetas y momentos que implica una decisión de este tipo (de hecho, en Francia , el 50% de las mujeres, que solicitan un aborto, cambiar de opinión en la semana obligatoria de reflexión), consideramos que:*

- *Parece razonable ampliar el espectro de situaciones que incluye la ley vigente como posibles de aborto sin castigo penal.*
- *Consideramos sumamente recomendables que existen, al igual que en otros países, instancias de asesoramiento profesional especializado (referidas tanto a los aspectos médicos como psicosociales) y de reflexión personal que jerarquicen la trascendencia de la decisión”*

5. Defey D. Extraído del libro INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO , pág. 35 *“La participación del padre. Llama la atención la no participación del padre en este proyecto. ¿Si la despenalización se aprobara, no sería más lógico que el aborto deba ser una decisión tomada por los dos progenitores, o por lo menos legalmente se habilite al padre a tener una participación en esta decisión? Sugerimos añadir la participación del padre si queremos propiciar una sociedad que incluya la paternidad responsable. Esta carga decisiva lejos de favorecer, daña a la mujer”.*

6. França O. FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA PERSPECTIVA PERSONALISTA. Ediciones Paulinas 2008.

7. Dossier aborto en Uruguay. Comisión nacional de seguimiento de Beijing. Mujer Y Salud Uruguay-<http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto>

8. Rotondo Ma. Teresa Fundamentos bioéticos ANÁLISIS ÉTICO DEL TEMA: "INICIATIVAS MÉDICAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO" Sindicato Médico del Uruguay 2004.
9. Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. Salvat Editores, Barcelona, 1985. Pág. 345.
10. França Tarragó O González Bernardi M.L Declaración pública de Sociedad Uruguaya de Bioética. Universidad Católica del Uruguay *"...la información debe figurar por escrito en forma de Cartilla de Asesoramiento, a fin de que no quepa duda a ningún ciudadano, sobre cual es la información que recibe la consultante y cual es la información que se admite desde el punto de vista de las reglamentaciones legales. La cartilla debe ser elaborada por una Comisión representativa de todas las corrientes de opinión, no sólo por quienes propugnan la legalización del aborto"*.
11. Patricia Grether González EL ABORTO TARDÍO POR ENFERMEDAD FETAL GRAVE. Sesión del Colegio de Bioética A.C. 2 de octubre del 2006
12. González Bernardi M.L EL ABORTO FARMACOLÓGICO,INDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS BUSCADOS DEL MISOPROSTOL  
Publicado en Archivos de Ginecología y Obstetricia (ACOG), agosto 2004;42 (2) 61-94.
13. González Bernardi ML ACTO MÉDICO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA\_Presentado en Archivos de Ginecología y Obstetricia (ACOG) octubre 2008.

**PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (APROBADO POR CÁMARA DE SENADORES (noviembre de 2007))**

**CAPÍTULO I**

**De los Derechos Sexuales y Reproductivos**

**Artículo 4° c)** promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;

**Artículo 5° c)** Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.

**CAPITULO II**

**De la interrupción voluntaria del embarazo**

**Artículo 9°. (Condiciones).**- Para ejercer el derecho reconocido en el artículo anterior, la mujer alegará ante el médico circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o étareas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

**De la interrupción voluntaria del embarazo**

**Artículo 8°. (Derecho de la mujer).**- En el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que reconoce y protege la presente ley, toda mujer puede decidir la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gravidez, en las condiciones que determina el artículo siguiente.

**Artículo 9°. (Condiciones).**- Para ejercer el derecho reconocido en el artículo anterior, la mujer alegará ante el médico circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o étareas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

Su voluntad deberá quedar asentada en el consentimiento previo informado, diseñado específicamente a tales fines

**Artículo 10. (Deberes del médico).**- El médico deberá:

- a) Brindar información y apoyo a la mujer respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, antes, durante y después de adoptar una decisión.
- b) Informar a la mujer sobre las posibilidades de adopción y los programas disponibles de apoyo, brindándole los asesoramientos pertinentes de los equipos especializados.
- c) Recoger la voluntad documentada de la mujer de interrumpir el proceso de gravidez, avalada con su firma y adjuntarla a la historia clínica de la misma.
- d) Dejar constancia en la historia clínica que se informó a la mujer en cumplimiento de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo, así como de métodos de anticoncepción.

**Artículo 11. (Restricciones).**- Fuera de lo establecido en el artículo 8º de esta ley, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse:

a) cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o para salvar su vida.

b) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina, de acuerdo a los conocimientos científicos disponibles

En todos los casos se deberá someter la decisión de interrupción a consideración de la mujer siempre que su salud lo permita.

Asimismo se dará intervención al Comité de Ética de la Institución respectiva que deberá expedirse en un plazo acorde a la realidad del caso.

**Artículo 15. (Acto médico sin valor comercial).**- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley, serán consideradas acto médico sin valor comercial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias que lo soliciten, en el marco de lo preceptuado en el artículo 9º, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

**Artículo 16. (Objeción de conciencia).**- Aquellos médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los actos médicos a que hace referencia la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan dentro de los treinta días contados a partir de la promulgación de la misma. Quienes ingresen posteriormente, deberán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios.