



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Dalia Szulik – Silvina Ramos

Mónica Gogna – Mónica Petracci – Mariana Romero

**LA RESPONSABILIDAD DE LOS MEDICOS ANTE
LAS POLITICAS PUBLICAS SOBRE
ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO**

SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO VI – Septiembre 2002

**La responsabilidad de los médicos
ante las políticas públicas sobre
anticoncepción y aborto**

Dalia Szulik – Silvina Ramos

Mónica Gogna – Mónica Petracci

Mariana Romero

SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca del rol que cumple la comunidad médica en el debate social en torno a las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto en nuestro país.

Dada la transición en la que el Estado y la sociedad argentinos se hallan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, este interrogante resulta pertinente bajo la premisa del protagonismo de este actor en este campo.

En el presente, la profesión médica ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos/as tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos. Su influencia se desenvuelve a través de:

- i) sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Los médicos/as son quienes están en contacto directo con la salud de las mujeres, quienes reciben a las mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones post-aborto, quienes tienen que decidir si denuncian o no a esas mujeres, quienes piden o no autorización a los jueces para realizar los abortos no punibles, quienes derivan o no a las mujeres a los servicios de planificación familiar, quienes brindan o no contención psicológica a las mujeres que reciben.
- ii) sus mensajes, los que comunican a los beneficiarios/as de sus servicios, y asimismo los que transmiten hacia audiencias más amplias.
- iii) su función de mediar, por un lado, entre las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado, y de instrumentar, por el otro, las normas jurídicas.

Asimismo, la experiencia internacional muestra la importancia del rol de los médicos en todo proceso de liberalización de leyes y reglamentos sobre el aborto. Históricamente ginecólogos y obstetras han desempeñado un papel importante para la construcción de leyes democráticas que contribuyen a mejorar la calidad de la asistencia obstétrica, cumpliendo así con un imperativo ético de su conciencia profesional (FIGO, OMS, 1997).

Con todo, en el caso argentino, esa presencia ha tenido ribetes difusos en la esfera pública y un perfil más bajo del que cabe esperar, sobre todo, en aquellas coyunturas en las que el discurso médico podría haber adquirido un peso decisivo. Las características de la práctica profesional de esta comunidad nos llevaría a pensar que la misma tiene una posición y actúa en consonancia con ella ante cualquier situación que incide en una alta mortalidad. Sin embargo, esta responsabilidad se desdibuja en la esfera pública, por ejemplo, en relación a cuestiones ligadas a la mortalidad materna y el aborto.

Este trabajo se basa en un estudio cuyo objetivo general fue indagar las opiniones de los ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos de la ciudad de Buenos Aires y de algunos partidos seleccionados del Gran Buenos Aires, frente a algunos temas centrales de la agenda de la salud reproductiva: anticoncepción, aborto y derechos sexuales y reproductivos.

Nuestra intención es presentar una selección de algunos de los hallazgos del estudio que contribuya a reflexionar acerca de cómo piensan los ginecólogos/as y obstetras algunas cuestiones relacionadas a la anticoncepción y el aborto que destacan aspectos relativos a la dimensión público-política del campo de la salud reproductiva. Nuestro propósito es tomar estos resultados como puntapié inicial para

comprender y debatir cuál es su responsabilidad social en este campo y sugerir algunas líneas para el trabajo de abogacía con esta comunidad profesional.

En primer lugar se presentan las principales características del contexto social y político de la anticoncepción y el aborto en la Argentina. En segundo lugar, se desarrollan los lineamientos generales del estudio que dio origen a estas reflexiones. Luego se presentan las opiniones de los tocoginecólogos/as acerca de: 1) la anticoncepción y el aborto como problemas de salud pública, 2) la implementación de programas, 3) las opiniones de los médicos/as acerca de los derechos reproductivos como responsabilidad social o individual y 4) las opiniones sobre la práctica, la legislación y los aspectos legales del aborto. Finalmente, se plantean algunos ejes para debatir en torno a la responsabilidad social de la comunidad médica en el escenario público-político de la salud reproductiva.

2. El contexto social y político de la salud reproductiva en la Argentina

En relación con la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la Argentina está atravesando una transición que se caracteriza por la emergencia de incipientes y, a menudo, contradictorios signos de cambio. La transición consiste en el pasaje desde una monolítica situación de restricciones y omisiones a otra en la que la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos va adquiriendo mayor visibilidad pública y en la que paulatinamente se introducen cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública.

2.1. Situación política y normativa de la anticoncepción

La Argentina ha sido un caso excepcional en América latina en cuanto al comportamiento reproductivo de su población. Desde principios del siglo XX se sostuvo un lento crecimiento demográfico, producto del casi secular declive de la tasa bruta de natalidad, determinada por los limitados niveles de fecundidad. En efecto, el descenso de la fecundidad comenzó muy tempranamente (entre 1880 y 1910), producto de la motivación de la población por regular la fecundidad y tener un tamaño reducido de familia (Pantelides, 1989). La singularidad del caso argentino descansa en el hecho de que esta “transición demográfica” ocurrió antes de la introducción de la anticoncepción moderna (básicamente, la “píldora”), fenómeno que recién se produjo a fines de los años sesenta.

Otra singularidad de nuestro país ha sido la actitud históricamente refractaria del Estado para reconocer y atender los derechos y los problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción. El comportamiento de la fecundidad, sumado a consideraciones de orden geopolítico distintivas del pensamiento conservador, dieron forma y sustentaron una ideología pronatalista, que permeó las políticas y los programas de salud públicos (Llovet y Ramos, 1986; Novick, 1992).

Durante los años setenta la situación se volvió más crítica: el Estado adoptó una política represiva en esta materia. En 1974, el gobierno de Isabel Perón promulgó el Decreto N° 659 que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad, y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. “La persistencia de bajos índices de crecimiento de la población [...] que compromete aspectos fundamentales del futuro de la República” fue presentada como justificación central de esta disposición. Esa prohibición afectó seriamente el funcionamiento de los primeros servicios de asistencia en anticoncepción, que habían comenzado a desarrollarse en las instituciones de salud pública a principios de los años setenta, por la iniciativa y el

esfuerzo de algunos profesionales y con el apoyo casi exclusivo del sector privado (Gogna y Ramos, 1996).

El argumento de que la Argentina era un país con espacios despoblados, que la debilitaban geopolíticamente, fue retomado como piedra angular de las políticas de población de la dictadura militar. En 1977 se promulgó el Decreto N° 3.938, que aprobaba los objetivos y políticas de la Comisión Nacional de Política Demográfica. Allí se señalaba la necesidad de “eliminar las actividades de control de la natalidad” ya que “el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad nacional, requieren una mejor relación entre población y territorio”.

La recuperación de la democracia en 1983 permitió el levantamiento de esta disposición recién a mediados de 1986, aunque este nuevo escenario legal no significó ni la inmediata ni la generalizada implementación de acciones concretas en el campo de la planificación familiar. A través del Decreto N° 2.274 se derogaron los decretos “restrictivos” y se reconoció –por primera vez en un instrumento legal– “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. El nuevo decreto establecía que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promovería acciones para mejorar la salud de la madre y el niño y fortalecer y desarrollar la familia. En particular, se destacaba la importancia de la difusión y el asesoramiento en materia de anticoncepción de manera que la población pudiera ejercer el derecho de decidir acerca del número y espaciamiento de los hijos/as.

Cabe advertir el tipo de argumentación que sostiene cada uno de los instrumentos legales reseñados. Los decretos “restrictivos” apelaban a razones de Estado para prohibir el acceso a la anticoncepción. El decreto de 1986 levantó la prohibición de ofrecer servicios anticonceptivos en hospitales públicos, basándose en el reconocimiento del derecho de las parejas a decidir “con creciente libertad y responsabilidad” acerca de la reproducción y en razones de salud pública. Sin duda esta nueva situación legal significó un punto de inflexión y, a partir de esa fecha, se produjeron algunos hechos significativos.

Por cierto, la primera experiencia programática en el campo de la planificación familiar fue impulsada en 1988 por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. En ese momento se creó, como experiencia piloto, el Programa de Procreación Responsable, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires. En los primeros años, su desarrollo estuvo dificultado por discontinuidades en el abastecimiento y en la entrega gratuita de los métodos, amén de verse acotado a un número muy reducido de establecimientos de la red de servicios de salud municipales (Vitale, 1992). Gracias a una iniciativa de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, este programa cuenta, desde 1995, con una partida presupuestaria especial, lo cual le ha conferido estabilidad financiera, en coincidencia con su gradual expansión a la largo de la red asistencial. De todos modos, la firmeza de su implantación y de su funcionamiento en cada hospital o centro de salud siguió dependiendo –durante varios años–, en gran medida, del apoyo de los respectivos jefes/as de los servicios de ginecología y obstetricia.

En 1994, se incorporó a la nueva Constitución Nacional, entre otros tratados internacionales, la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)¹, que ya había sido ratificada por el Congreso de la Nación en 1985. En esta Convención, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres,

¹ . La Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue suscripta por la República Argentina el 17/7/80, aprobada según Ley N° 23.179 sancionada el 8/5/85, promulgada el 27/5/85 y publicada en el Boletín Oficial el 3/6/85.

especialmente en el “...acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” (Art. 10) y “...los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (Art. 16).

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la Ley de Procreación Responsable. El proceso de aprobación fue dificultoso debido a la fuerte presión de la Iglesia Católica y del Poder Ejecutivo, que intentó alinear al bloque oficialista en contra de esta iniciativa. A pesar de ello, y como efecto de la fuerte presión social del movimiento de mujeres, el compromiso de legisladores – fundamentalmente mujeres– y un clima favorable en la opinión pública, se logró la media sanción de la ley.² Posteriormente, esta iniciativa legislativa perdió estado parlamentario a fines de 1997 dado que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento durante dos años (Gogna et al., 1998).

Los procesos legislativos y programáticos descriptos fueron acompañados por la movilización del movimiento de mujeres y las tomas de posición por parte de los líderes de opinión y de diversas organizaciones sociales, incluidos representantes de la Iglesia Católica y otros cultos. La opinión pública de las mujeres -probablemente en consonancia con el comportamiento reproductivo- evidenció una posición decididamente a favor de una mayor apertura a nivel de la salud reproductiva. Casi la totalidad de las 200 mujeres de 18 y más años de edad residentes en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires, de acuerdo a los resultados de un estudio solicitado por el Consejo Nacional de la Mujer en 1994, estuvo de acuerdo con la colaboración activa de los hospitales públicos en la planificación familiar y el 96% opinó que la decisión sobre el número de hijos y el momento del nacimiento debe ser tomada por ambos miembros de la pareja. En cuanto a la educación sexual, un 91% se declaró muy de acuerdo a que ella sea impartida a los jóvenes a través de cursos sobre enfermedades de transmisión sexual (99%), uso del preservativo (99%) y uso de otros métodos anticonceptivos (98%) (Muraro, 1994).

La comunidad médica no fue ajena a ese debate, aunque su actuación pública estuvo fundamentalmente dada por la intervención de algunos pocos/as profesionales de reconocido prestigio, a quienes los medios de comunicación por un lado, y los cuerpos legislativos por el otro, convocaron para que, en calidad de expertos/as, dieran su opinión especializada.

El conjunto de los episodios señalados sirvieron como arena para la promoción, por primera vez en el país, de un debate público acerca de los derechos sexuales y reproductivos y de la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud reproductiva (Gutiérrez, 2000). La cuestión reproductiva pasó a convertirse en un issue de la agenda pública y política de la Argentina y con ello, nociones como las de “salud reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos” comienzan poco a poco a ser familiares a los oídos de la sociedad y en particular, a los oídos de la clase dirigente y los decisores de políticas públicas, agentes en cuyas manos se encuentran los cambios normativos y programáticos que la situación de la salud reproductiva en la Argentina demanda actualmente. Fue un fenómeno ciertamente inédito, habida cuenta de la opacidad y el ocultamiento que históricamente lo precedieron.

². El proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados de la Nación establecía que todos los servicios de salud del sistema público y de la seguridad social brindarán, a demanda de los usuarios, información y asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos, prevención de cáncer génito-mamario y de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y que suministrarán métodos anticonceptivos de carácter reversible y transitorio. Se establece también la gratuidad de la provisión de métodos anticonceptivos para la población sin cobertura de salud.

A partir de 1995, y como efecto dominó, se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país que creaban, si bien con matices ideológicos, programas de salud reproductiva y garantizaban de ese modo el acceso a métodos de planificación familiar, particularmente en los servicios de la red asistencial pública. En la actualidad, catorce provincias argentinas³ y la Ciudad de Buenos Aires disponen de leyes que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad e impulsan programas de salud reproductiva como parte indelegable de las responsabilidades del Estado para con sus ciudadanos/as. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil. En muchos casos estos programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos, actividades de promoción, etcétera.

En 1996, la redacción de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires trajo también a la arena política un nuevo debate público sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El texto constitucional aprobado señala que: “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos” (Art. 37). Y que, a partir del funcionamiento de la Legislatura de la Ciudad, deberá ser sancionada en un término no mayor de un año una Ley Básica de Salud, que incluya la promoción de “la maternidad y paternidad responsables”, poniendo para tal fin a disposición de las personas “la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos” (Art. 21.4).

A principios de 1999 se sancionó la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (ley N° 153), que tuvo por objeto “garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin”. En particular con relación a la salud reproductiva, esta ley reconoció los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso a información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen como derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y los servicios de atención médica. En sus consideraciones la ley establece la obligación del Poder Ejecutivo del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires de diseñar e implementar un Programa de salud reproductiva y procreación responsable y un programa integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de prevención y los medicamentos específicos.

En junio de 2000, luego de varios meses de discusiones y consultas con organizaciones sociales y representantes de las comunidades científicas y profesionales de la medicina, se aprobó en la Legislatura de Buenos Aires la ley N° 418 “Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”. Los objetivos generales de esta ley son: a) garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; b) garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y c) disminuir la morbilidad materna e infantil.

³ . Se trata de las provincias de Buenos Aires (Resolución N° 5098/99, 14/10/99); Córdoba (Ley N° 8535, 4/4/96); Corrientes (Ley N° 5146, 29/11/96); Chaco (Ley N° 4276, 10/4/96); Chubut (Ley N° 4545, 23/11/99); Jujuy (Ley N° 5133, 3/6/99); La Pampa (Ley N° 1363, 27/12/91); La Rioja (Ley N° 7049, 14/12/00); Mendoza (Ley N° 6433, 22/10/96); Misiones (Decreto N° 92, 2/2/98); Neuquén (Ley N° 2222, 31/10/97); Río Negro (Ley N° 3059, 19/12/96); Santa Fe (Ley N° 11888, 31/05/01); y Tierra del Fuego (Ley N° 509, 3/01/01).

El 18 de abril de 2001, luego de reiteradas dilaciones, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Por este programa se brindaría, entre otras cosas, información y prescripción de métodos anticonceptivos a la población general sin discriminación alguna. Este proyecto se encuentra actualmente en la Cámara de Senadores para ser discutido en comisiones y, posteriormente, ser tratado en el recinto.

2.2. Situación política y normativa del aborto

Al igual que en la mayor parte de los países de América Latina (con la excepción de Cuba, Guyana y Puerto Rico), la legislación argentina sobre la interrupción voluntaria del embarazo es restrictiva. El Código Penal tipifica al aborto como un delito contra la vida y contra la persona, y establece penas de reclusión o prisión para el profesional que lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera un aborto. El Código establece sólo dos causales de despenalización: si el aborto se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios, y si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I).

A pesar de la existencia de situaciones en las cuales el aborto está tipificado como no punible, es usual que las mujeres, en esos casos, no accedan al aborto. Ello provoca que, en la práctica, actúe una prohibición absoluta del aborto. Por un lado, los médicos/as exigen una autorización judicial para su realización y, por otro, los jueces consideran que no deben pronunciarse antes de que el aborto se realice sino limitarse a considerar no punibles a aquellos casos que, una vez realizados, llegan a sus tribunales (Motta y Rodríguez, 2001: 31). Las autoras mencionadas, al analizar la jurisprudencia local entre 1993-1998 con relación a la temática del aborto, no encontraron fallos que trataran cuestiones sustantivas ya que en aquellos casos relacionados con denuncias de médicos/as de hospitales públicos que atendieron a mujeres que se habían practicado abortos y que debieron concurrir al hospital porque corría riesgo su vida, la Corte se abstuvo de desarrollar el tema. Al respecto especifican que la Corte nunca se pronunció sobre “[...] el conflicto entre la denuncia de los médicos, la invalidación de las pruebas extraídas de este modo, el secreto profesional, la garantía de no obligar a una persona a declarar contra sí misma y la teoría de los frutos del árbol venenoso, en relación con la validez de las pruebas” (Motta y Rodríguez, 2001: 68).

El aborto, en nuestro país, no tuvo innovaciones legislativas y programáticas como las descritas previamente sobre la anticoncepción. No obstante, como consecuencia de la iniciativa gubernamental del Dr. Carlos Menem de introducir, en la reforma constitucional de 1994, una cláusula sobre el derecho a la vida desde el momento de la concepción, el tema se instaló en la agenda del debate público. En ese período, según los resultados de una encuesta realizada en la Ciudad de Buenos Aires a solicitud del Consejo Nacional de la Mujer, el 76% de las doscientas mujeres entrevistadas dijo estar en desacuerdo con el hecho de que una mujer que haya abortado deba ir presa y un 57% estuvo de acuerdo con la legalización del aborto (29% en contra). Las partidarias de la legalización del aborto eran mayoría en todos los segmentos de mujeres discriminados según su religión y tanto entre aquellas que tenían como entre las que no tenían hijos (Muraro, 1994).

Coincidentemente, otro estudio por encuestas en la población general de la Ciudad de Buenos Aires concluyó que el 56% de los entrevistados/as -especialmente el grupo de 40 a 59 años (62%)- estaba de acuerdo con la despenalización del aborto (Petracci y Szulik, 2000). En junio de 2001, a través de una

medición nacional en la población mayor de 18 años, se solicitó conocer la opinión sobre el "no castigo" del aborto en cinco situaciones. El porcentaje de casos que estuvo de acuerdo con que no se castigara a la mujer que aborta es el siguiente: 71% si pelagra su vida o su salud; 65% si la mujer fue violada; 45% si el niño nacerá defectuoso; 20% si la familia no tiene las condiciones económicas adecuadas; 21% si la mujer no desea el hijo (Instituto Social y Político de la Mujer, 2001).

En síntesis, desde 1994, el aborto dio lugar a un fluido intercambio de mensajes sociales en la Argentina. Las organizaciones de la sociedad civil como el movimiento de mujeres, algunos sectores estatales y gubernamentales, los medios de comunicación y la opinión pública otorgaron visibilidad y legitimidad a este issue, poniendo en evidencia que el aborto es un tema de la agenda pública que sobrepasa los límites de las vidas privadas de las mujeres.

3. Características principales del estudio

El objetivo del estudio fue indagar las opiniones de los ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires frente a algunos temas centrales de la agenda de la salud reproductiva: anticoncepción, aborto y derechos sexuales y reproductivos.

El estudio realizado fue de carácter exploratorio-descriptivo, se trabajó con un diseño basado en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos. Se aplicaron tres técnicas de relevamiento de información: entrevista semiestructurada, encuesta autoadministrada y grupos focales. La entrevista fue aplicada a los jefes/as de los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales seleccionados. La encuesta autoadministrada fue aplicada a todo el personal permanente de los servicios (médicos/as de planta, médicos/as de guardia y residentes). Los grupos focales fueron realizados también con el personal permanente de los establecimientos contactados.

Cada una de las técnicas fue utilizada para recoger información sobre algunas dimensiones de los objetivos del estudio. La entrevista semiestructurada fue aplicada para sondear los ejes y las orientaciones programáticas desde los cuales los jefes/as establecen una línea de actuación para el personal a sus órdenes. Se esperaba que las entrevistas permitieran recuperar las posturas y perspectivas de los jefes/as de los servicios, para cotejarlas con las de los médicos/as que tienen a su cargo y obtener información del contexto institucional en el cual los médicos/as consultados, a través de la encuesta, ejercen su profesión y toman sus decisiones asistenciales. Dado el carácter controvertido de los temas abordados por el estudio, el contexto sociopolítico y normativo de la salud reproductiva en la Argentina y la estructura jerárquica que permea la organización y dinámica de trabajo de los servicios de salud públicos, nos propusimos observar posibles similitudes y diferencias entre las opiniones del personal de los servicios y las normativas explícitas e implícitas que guían la actuación de los servicios.

La encuesta autoadministrada tuvo como objetivo recuperar las opiniones de los médicos/as sobre diversos aspectos de la salud reproductiva, en el marco de su lugar de desempeño cotidiano: los hospitales públicos.

Los grupos focales tuvieron como objetivo profundizar los resultados de la encuesta, una vez identificadas algunas "cajas negras" de la información provista por el instrumento estandarizado utilizado, que parecieron merecer un abordaje cualitativo.

En esta oportunidad vamos a referirnos sólo a datos provenientes de la encuesta autoadministrada relativos a las opiniones de los médicos/as acerca de la dimensión público-política de la salud reproductiva.

La encuesta fue implementada en 36 servicios correspondientes a 25 hospitales (15 correspondientes a la ciudad de Buenos Aires y 10 al Gran Buenos Aires). La distribución de los servicios en donde se aplicó la encuesta según jurisdicción puede observarse en el cuadro siguiente:

Cuadro 1. Distribución de los tipos de servicios en los que se aplicó la encuesta según jurisdicción

Tipo de servicio	Jurisdicción		
	Ciudad de Bs. As.	Gran Buenos Aires	Total
Ginecología	11	4	15
Obstetricia	8	4	12
Ginecología/ Obstetricia	3	6	9
Total	22	14	36

Tres jefes/as de servicio, en la ciudad de Buenos Aires, rechazaron la aplicación de la encuesta en sus servicios. En el Gran Buenos Aires hubo un rechazo y dos casos en los cuales no se verbalizó una respuesta negativa pero tampoco se logró hacer el estudio.

Fueron realizadas 467 encuestas; 67% en hospitales de la ciudad de Buenos Aires y 33% en establecimientos del Gran Buenos Aires. La tasa de respuesta fue del 83%.

El perfil sociodemográfico de los respondientes fue el siguiente: 59,5% mujeres y 40,5%, hombres; el promedio de edad fue de 39 años (rango 25-66). La mayor presencia femenina se concentró en las edades más jóvenes (25-34 años) mientras que, como contrapartida, la mayor presencia masculina se registró en el grupo de mayor edad de la muestra (45 años y más). La gran mayoría (97,2%) fue de nacionalidad argentina.

La mayoría de los respondientes (58,9%) manifestó dedicarse a la tocoginecología que fue, a su vez, la especialidad de egreso de la facultad, especialmente entre las personas más jóvenes de la muestra. El 59% eran médicos/as de planta, el 31,3% eran residentes y el 9,7% eran médicos/as de guardia.

4. La agenda de la salud reproductiva: ¿qué opinan los médicos/as?

A continuación se presentan las opiniones de los/as profesionales encuestados en relación a las siguientes cuestiones de la agenda de la salud reproductiva: 1) la relevancia de ciertos problemas para la salud pública, 2) la implementación de programas y acciones en este campo, 3) los derechos reproductivos como responsabilidad individual o social, y 4) la problemática del aborto (opiniones acerca de la interrupción de la gestación, la legislación y los aspectos legales) ⁴.

4. 1. La relevancia de los problemas

Las primeras preguntas de la encuesta indagaron el nivel de relevancia para la salud pública que los médicos/as atribuyen a un conjunto de problemas de la salud reproductiva: aborto, abuso sexual,

⁴ Un estudio sobre las actitudes de la comunidad médica acerca del aborto fue realizado recientemente en México (González de León Aguirre y Billings, 2001).

anticoncepción, anticoncepción quirúrgica, cáncer génito-mamario, cesárea, controles prenatales, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, infertilidad, nutrición, SIDA y violencia doméstica. Para ello se les ofrecía una tabla con una escala de relevancia de cinco ítem –muy relevante, bastante relevante, relevante, poco relevante, nada relevante– para cada problema listado tal como puede observarse en el cuadro siguiente:

Cuadro 2. Nivel de relevancia atribuido a problemas de la salud pública en el país (n=467)

	Muy relevante	Bastante relevante	Relevante	Poco relevante	Nada relevante	No sabe/ No contesta ⁵
	%	%	%	%	%	%
Aborto	65.3	12.8	11.6	7.5	1.9	.9
Cáncer génito- mamario	50.1	20.1	22.1	4.1	.9	2.8
Embarazo adolescente	42.6	27.2	16.1	10.1	2.4	1.7
SIDA	48.2	21.4	20.1	7.7	1.3	1.3
Controles prenatales	48.0	18.4	20.1	8.1	1.7	3.6
Anticoncepción	51.2	14.3	18.0	10.3	3.9	2.4
ETS	39.8	25.5	20.8	10.3	1.9	1.7
Abuso sexual	33.6	22.1	25.1	13.1	3.2	3.0
Nutrición	33.0	19.3	23.8	14.8	7.1	2.1
Violencia doméstica	25.5	19.9	26.3	16.7	7.7	3.9
Cesárea	16.5	20.8	39.4	16.5	2.6	4.3
Infertilidad	5.4	13.9	36.8	30.2	10.1	3.6
Anticoncepción quirúrgica	5.8	7.1	19.3	36.2	24.8	6.9

Nota: Total de encuestados/as en cada fila

En primer término, cabe destacar que la mitad o más de la muestra entrevistada consideró “muy” relevante al aborto (65%), la anticoncepción (51,2%)⁶ y el cáncer génito- mamario (50,1%).

Dicho en otros términos: prácticamente dos de cada tres encuestados/as (65,3%) –sin que se registren diferencias significativas según sexo, edad y localización geográfica del hospital– opinó que el aborto es un problema muy relevante para la salud pública del país. Cuando se toman conjuntamente las opciones muy y bastante relevante, el porcentaje se eleva al 78,1%. En el caso de la anticoncepción, ese porcentaje crece significativamente en el grupo de 35 a 44 años (58,5%), especialmente entre los médicos varones de ese grupo etario (65,0%).⁷ No se registran diferencias estadísticamente significativas según el sexo de los encuestados/as y la ubicación geográfica del hospital.

Observados los resultados en su conjunto, el aborto ocupa el primer lugar en orden de importancia (65,3%), seguido de anticoncepción (51,2%), cáncer génito-mamario (50,1%); SIDA (48,2%); controles prenatales (48,0%); embarazo adolescente (42,6%); ETS (39,8%); abuso sexual (33,6%); nutrición

⁵ . En la encuesta sólo figuraba la alternativa “No sabe”.

⁶ . La distribución del resto de las categorías es la siguiente: bastante relevante: 14,3%; relevante: 18,0%; poco relevante: 10,3%; nada relevante: 3,9%; no sabe/no contesta: 2,4%.

⁷ . Este porcentaje surge del cruce del nivel de relevancia en anticoncepción según el sexo y la edad tomadas conjuntamente.

(33,0%); violencia doméstica (25,5%); cesárea (16,5%); anticoncepción quirúrgica (5,8%); infertilidad (5,4%).

4.2. La implementación de programas y acciones

Con el propósito de indagar acerca de las opiniones de los médicos/as con relación a las orientaciones de las políticas de salud en la Argentina en el campo de la salud reproductiva, también se les interrogó acerca del grado de prioridad adjudicado a un conjunto de acciones.

Así, la gran mayoría considera “muy prioritaria”⁸ la realización de cada una de las siguientes cuatro acciones planteadas en la encuesta. En primer lugar, el 86,7% de los médicos/as –sin que se registren diferencias significativas– considera “muy prioritaria” la implementación de programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente. Cabe señalar que los médicos/as de los servicios encuestados no sólo consideran prioritaria la realización de programas de educación sexual sino que casi la totalidad de la muestra (97,6%) manifestó su parecer con respecto a ese tema acordando con el contenido de la siguiente frase: “la educación sexual contribuye a que los/as jóvenes tengan una vida sexual más responsable y segura”.

En segundo lugar, la prioridad corresponde a una acción íntimamente vinculada a la anterior, y, a su vez, ampliamente resistida por los sectores gubernamentales y eclesiásticos desde la aparición de la epidemia del VIH/SIDA (Gogna, 1994): la implementación de campañas de prevención con distribución de preservativos. La prioridad asignada a esta acción (81,6%), a semejanza de la acción indicada previamente, tampoco presenta diferencias significativas según las variables de cruce consideradas. En tercer lugar, el 72,8% de los encuestados/as le otorga la máxima prioridad a la implementación de programas de asistencia en anticoncepción. Si bien los médicos varones adjudican una mayor relevancia a la anticoncepción como problema de la salud pública, son las médicas mujeres quienes, en mayor medida, adjudican una alta prioridad a la implementación de programas específicos en anticoncepción (77,4%). Finalmente, el 71,1% considera muy prioritaria la implementación de programas de asesoramiento anticonceptivo postaborto, porcentaje que crece entre los médicos/as cuya edad se encuentra entre los 35 a 44 años (77,6%).

A diferencia de las acciones mencionadas, la derogación de la prohibición de realizar la ligadura tubaria y la vasectomía sólo es considerada “muy prioritaria” por el 25,3% de los médicos/as encuestados,⁹ especialmente –a semejanza de la acción mencionada previamente– el grupo de médicos/as cuya edad se encuentra comprendida entre los 35-44 años (31,2%). No se registran diferencias significativas según sexo y ubicación geográfica del hospital con respecto a este tema.

4.3. Los derechos reproductivos

La encuesta incluyó una pregunta que intentaba rastrear las opiniones de los/as médicos en relación a los derechos reproductivos como responsabilidad individual o social, a partir de tres temáticas específicas: la regulación de la fecundidad, la prevención de ETS y VIH/SIDA y la educación sexual. Los resultados generales se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 3: Opinión acerca de los derechos reproductivos como responsabilidad social/ individual (n=467)

⁸ . El complemento a 100% corresponde a las categorías prioritario, poco prioritario, nada prioritario.

⁹ . Prioritaria: 23,6%; poco prioritaria: 28,9%; nada prioritaria: 18,8%; no sabe/no contesta: 3,5%.

	...es una responsabilidad exclusiva de cada individuo sin injerencia del Estado	...es una prerrogativa de todo individuo que el Estado debe asegurar a través de leyes, programas y servicios	No sabe/ No Contesta ¹⁰
	%	%	%
La prevención de ETS/ VIH- SIDA...	3.2	93.8	3.0
La educación sexual...	2.8	93.1	4.1
La regulación de la fecundidad...	22.5	73.4	4.1

Nota: Total de entrevistados en cada fila

Todas las temáticas presentadas son vistas por la gran mayoría de los/as entrevistados como una prerrogativa de todo individuo que el Estado debe asegurar a través de leyes, programas y servicios. La adhesión a esa opinión es del orden de 9 de cada 10 entrevistados/as en los casos de la prevención de ETS y VIH-SIDA y la educación sexual. Con respecto a la regulación de la fecundidad, si bien una alta proporción sigue la misma línea de opinión (73.4%), el porcentaje cae ligeramente con relación a los ítems previos.

La perspectiva de los/as profesionales de considerar que los derechos reproductivos son una responsabilidad social se evidencia también en su postura a favor de encarar la anticoncepción para la población adolescente desde el hospital público. Dados los antecedentes en el debate público suscitado en la Argentina con relación a las diversas leyes y programas de salud reproductiva diseñados e implementados en los últimos años, y que la inclusión de los/as adolescentes como población-objetivo de esos programas ha sido –y continúa siendo– un tema controvertido, explorar las opiniones de los médicos/as con respecto a la prescripción anticonceptiva en esta población parecía cobrar particular relevancia. Valga aclarar en este punto que aún frente a los avances legales y programáticos que tuvieron lugar en la Argentina en los últimos años, la inclusión de la población adolescente en estas iniciativas ha suscitado fuertes controversias alrededor de la necesidad de solicitar la autorización de los padres para informar y prescribir anticonceptivos.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 75,5% de los/as profesionales, una gran mayoría, considera que el hospital público debería informar y prescribir anticonceptivos a solicitud del/la adolescente, postura que crece significativamente entre las médicas mujeres (78,4%). Es absolutamente minoritaria la postura (3,7%) que considera que sólo se debe informar a los/as adolescentes sin prescribir ni proveerles métodos anticonceptivos. Sólo 2 de cada 10 opinan que el/la adolescente debe contar con la autorización de los padres para recibir información y provisión de métodos anticonceptivos. No se registran diferencias significativas según la edad de los médicos/as y la ubicación geográfica del hospital.

¹⁰ . En la encuesta sólo figuraba la alternativa "No sabe".

Ahora bien, ¿qué significa que los derechos reproductivos sean vistos como una prerrogativa de todo individuo que el Estado debe asegurar a través de leyes, programas y servicios?

La noción de derechos implica considerar la posibilidad de tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades, sea en el ámbito individual como en los ámbitos colectivos. Esta noción hace referencia tanto a las relaciones del sujeto consigo mismo cuanto a las relaciones entre los individuos y las colectividades (sociedades, estados y mercados).

La respuesta de los/as médicos/as implica colocar en la agenda del Estado la tarea de obtener respuestas a las necesidades reproductivas y sexuales de las personas, particularmente de las mujeres, así como producir cambios legales en relación a la sexualidad y la reproducción. La pregunta que surge de estos resultados es si los mismos pueden ser interpretados como una oposición – política y cognitiva– a la perspectiva biomédica. En este sentido, aquello que fue tradicionalmente asociado al ámbito de lo privado, estaría siendo politizado. Se estaría redimensionando el dominio privado, concebido y tratado por la tradición política moderna y por las doctrinas religiosas como estando “naturalmente” excluido de los campos de la ética y el derecho.

4.4. Perspectivas acerca de la problemática del aborto

Con la intención de contextualizar la perspectiva de la población estudiada respecto de la problemática del aborto, la encuesta indagó la opinión de los médicos/as sobre dos cuestiones –la interrupción voluntaria de la gestación y la no penalización del aborto– a través del planteo de diferentes situaciones hipotéticas. Esta estrategia obedeció a dos razones. Por una parte, dada la ausencia de estudios previos en nuestro medio sobre la ideología de esta comunidad profesional pareció oportuno aproximarse al objeto de estudio, un tema altamente sensitivo, desde diversos ángulos. Por otra, partimos del supuesto de que las discrepancias en las opiniones respecto de la práctica en sí y de la normativa legal halladas en la población general también podrían ser verificadas entre los/as profesionales de la salud. Así por ejemplo, en una investigación basada en una encuesta poblacional realizada en Córdoba se señala que: “Si bien la mayoría de los individuos tiende a concebir la legislación en función de sus valores morales, no siempre es así para todas las personas. Un sector numéricamente significativo de la población adopta la posición aparentemente contradictoria de rechazar al aborto moralmente y aceptar una despenalización amplia de esta práctica por motivos –inferimos– diversos a la moralidad/inmoralidad del acto” (Lista, 1996: 235).

Para indagar la opinión de los/as profesionales se recurrió a un listado de situaciones –con mayor desagregación en el caso de las opiniones acerca de la práctica que en el de las opiniones acerca de la ley– ante las cuales se solicitó el nivel del acuerdo. La comparación entre las respuestas a ambas preguntas permite comprender sus perspectivas sobre el aborto y sugiere algunos interrogantes de interés para futuros trabajos.

4.4.1. La interrupción voluntaria de la gestación

Al solicitar el acuerdo o desacuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas, la distribución obtenida –ordenada a partir de la situación en la que una mayor proporción de los encuestados/as manifestó estar de acuerdo– es la siguiente:

Cuadro 4. Acuerdo/desacuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas (n=467)

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ No contesta
	%	%	%
Si una mujer idiota o demente quedó embarazada debido a una violación	82,0	11,8	6,2
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina	81,1	14,4	4,5
Si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto	80,0	11,9	8,2
Si una niña menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación	77,9	13,3	8,8
Si una mujer quedó embarazada debido a una violación	75,4	16,5	8,2
Si la salud mental de una mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño/a	28,0	58,1	14,0
Si una mujer no desea ese hijo/a	24,9	65,9	9,3
Si una mujer carece de recursos económicos	13,9	77,7	8,4
Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo	13,7	77,3	9,0
Si una mujer ha sido abandonada por su pareja	11,1	79,2	9,6
Si una mujer piensa que un hijo/a le ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral/profesional	9,9	83,9	6,2

Nota: Total de encuestados/as en cada fila.

En líneas generales, las situaciones con las que acuerda la mayor proporción de médicos/as coinciden con las excepciones vigentes en el Código Penal. En primer lugar, el caso de violación de una mujer idiota o demente (82,0%), especialmente entre los/as profesionales que se desempeñan en el Gran Buenos Aires (84,4%). En segundo lugar, el riesgo de vida de la mujer (80,0%). A estos casos se agregan dos situaciones que suscitaron un elevado consenso: aproximadamente 8 de cada 10 encuestados/as manifestaron estar de acuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en caso de que: a) el feto tuviera una malformación incompatible con la vida extrauterina (81,1%), especialmente el grupo de 35 a 44 años (88,2%) y b) el embarazo fuera producto de la violación de una menor de quince años (77,9%) o de una mujer adulta (75,4%).

Aun cuando el resto de situaciones son de naturaleza muy diversa, ellas han merecido un juicio similar: entre 6 y 8 de cada diez encuestados/as manifiestan su desacuerdo con la interrupción de la gestación en estos casos. El mayor desacuerdo corresponde a la realización de un aborto en el caso de que la mujer considere que el embarazo le ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral/profesional (83,9%), posición más fuertemente destacada por los médicos/as de 25 a 34 años (88,5%). Asimismo, 8 de cada 10 desacuerda con el aborto en el caso de que la mujer haya sido abandonada por

su pareja (79,2%), postura que –a semejanza del caso anterior– crece significativamente en el grupo de menor edad de la muestra (86,3%).

La interrupción de la gestación por falla del método anticonceptivo o por carencia de recursos económicos muestran un importante desacuerdo para una gran mayoría (77,3% y 77,0%, respectivamente). No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital. El 65,9% desacuerda con la realización de un aborto en el caso de que la mujer no desee a ese hijo/a, especialmente los profesionales de 25 a 34 años (73,1%). Algo más de la mitad de la muestra (58,1%) desacuerda con la interrupción voluntaria de la gestación en el caso de que el parto o la crianza del hijo/a afecte la salud mental de la madre.

4.4.2. La legislación acerca del aborto

Complementariamente, la encuesta planteó seis situaciones a los médicos/as a los efectos de que ellos/as indicaran si la ley debería o no penalizar la interrupción voluntaria de la gestación en esos casos.

Cuadro 5. Posturas frente a la interrupción voluntaria de la gestación (n=467)

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ no contesta
	%	%	%
La ley debería penalizar la interrupción de la gestación en todos los casos	8,8	84,8	6,5
La ley no debería penalizar la interrupción de la gestación en caso de ...			
Riesgo de vida o de salud de la mujer	86,7	8,1	5,2
Violación o incesto	83,3	10,9	5,8
Malformación incompatible con la vida extrauterina	82,2	12,6	5,2
Decisión autónoma de la mujer	38,5	51,6	9,9
Condición social y económica adversa	32,3	57,0	10,7

Nota: Total de encuestados/as en cada fila.

En primer lugar, cabe destacar que aun cuando la gran mayoría (84,8%) está en desacuerdo con que el aborto esté penalizado en todos los casos, existe un porcentaje minoritario de profesionales (8,8%) que acuerda con dicha frase, lo que lleva a pensar que no admite siquiera las excepciones contempladas en la legislación vigente. A su vez, un pequeño número evita manifestarse al respecto (6,5 %).

Como se desprende de la lectura del cuadro previo, existe un amplio acuerdo (superior al 80%), en que la ley no debería penalizar la interrupción de la gestación en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer, en caso de violación o incesto y en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina. Cabe destacar que sólo la primera de estas situaciones está contemplada como excepción en el Código Penal.

Si bien algo más de la mitad de la muestra desacuerda con la no penalización en caso de decisión autónoma de la mujer (51,6%) o por causas económicas (57%), una amplia minoría coincide con lo

expresado por algunos jefes/as de servicio. Tres de cada diez médicos/as estuvieron de acuerdo con que la ley no penalice la interrupción de la gestación en caso de decisión autónoma de la mujer (38,5%) y en caso de condición social y económica adversa (32,3%)

El análisis de las respuestas muestra también una asociación entre la postura frente a la ley y frente a la religión.¹¹ Aquellos médicos/as cuya relación personal con la religión no influye en sus opiniones sobre los temas tratados en la encuesta (74,5%) expresan una postura más abierta frente al aborto. Esos/as profesionales acuerdan más que el promedio de los encuestados/as con la no penalización en los casos de riesgo de vida o salud de la mujer (92,5%), de embarazo como producto de violación o incesto (93,4%) y de malformación incompatible con la vida extrauterina (89,7%). Consistentemente, el desacuerdo con la penalización del aborto en todos los casos (84,8%) aumenta significativamente entre esos/as profesionales (90,8%).

La frase “La ley no debería penalizar el aborto en caso de decisión autónoma de la mujer” presenta diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital. Los médicos/as que más desacuerdan con esta frase son los/as más jóvenes (64,5%), los varones (64,9%) y los médicos/as que trabajan en hospitales del GBA (65,0%). El mayor desacuerdo con esta alternativa lo expresan aquellos/as que mantienen una relación personal con la religión que influye en sus opiniones (77%). Algo similar ocurre con respecto al caso de la condición social y económica adversa: son los varones (71,2%) y los que manifiestan convicciones religiosas (77,3%) quienes están más en desacuerdo con esa frase. Cabe consignar que ambas situaciones presentan una marcada ausencia de opinión: 9,9% en el caso de la no penalización por condición social o económica adversa y 10,7% en el caso de la no penalización por decisión autónoma de la mujer se ubican en la categoría no sabe/no contesta.

Veamos ahora que ocurre cuando cruzamos las respuestas “acerca de la práctica” con las respuestas “acerca de la ley”. En términos generales se observa una alta correspondencia entre ambas (véase cuadros 4 y 5).

Así por ejemplo, el acuerdo con la no penalización en las situaciones que se detallan seguidamente crece entre aquellos/as profesionales que acordaron con la interrupción de la gestación en situaciones que podrían englobarse bajo la categoría “decisión autónoma”: si ha fallado el método (88,9%), si la mujer no desea ese hijo/a (88,4%), si ha sido abandonada por su pareja (93,9%) o considera que la maternidad afectará su vida laboral/profesional (91,3%). Consistentemente, el desacuerdo con la despenalización por causas “electivas” crece significativamente entre aquellos casos que se oponen a esta práctica en las mencionadas circunstancias, todas situaciones en las cuales en la decisión de un aborto juega la decisión de una mujer.

No obstante esta tendencia general, el “cruce” de ambos tipos de opiniones revela un pequeño número de casos en que las opiniones en uno y otro plano son discordantes. Sólo el 31% de quienes acuerdan con que el aborto no esté penalizado en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer están también de acuerdo con la interrupción de la gestación si la salud mental de la mujer se ve afectada por el embarazo o el parto. Este dato sugiere dos hipótesis interpretativas: a) los respondentes están básicamente de acuerdo con que no se penalice el aborto si corre riesgo la vida, o b) los riesgos de salud están siendo interpretados estrictamente como riesgos biológicos. En otras palabras, el hecho de que la gestación

¹¹ . El texto de la pregunta fue el siguiente: *¿Considera ud. que su relación personal con la religión influye en los temas tratados en esta encuesta? La distribución obtenida fue la siguiente: Sí: 22,9%; No: 74,5%; No sabe/no contesta: 2,6%.*

afecte la salud en sentido bio-psico-social no es causa “suficiente” para despenalizar el aborto para casi el 70% de los médicos/as encuestados.¹²

Para complementar la descripción de las posturas relativas a la legislación sobre el aborto, resulta oportuno mencionar otras opiniones mayoritarias vinculadas a ella. Desde una perspectiva de salud pública, la despenalización del aborto es considerada una estrategia eficaz para la disminución de la mortalidad materna. Por lo tanto, la encuesta indagó el acuerdo/desacuerdo de los médicos al respecto. Prácticamente 8 de cada 10 respondientes (78,6%) acordaron con la frase “la despenalización contribuiría a disminuir las muertes maternas”.¹³ No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación del hospital. Asimismo, una amplia mayoría de los encuestados/as (73,5%) estuvo de acuerdo con la frase “los hospitales públicos deberían realizar los abortos no punibles”.¹⁴

4.4.3. Los aspectos legales: la denuncia policial y la sanción penal

La encuesta solicitaba a los médicos/as que, independientemente de las normas vigentes, indicaran su acuerdo o desacuerdo con las tres frases cuya distribución puede observarse en el cuadro siguiente:

Cuadro 6. Opinión acerca de la denuncia policial por aborto (n=467)

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ No contesta
	%	%	%
Cuando ingresa una mujer al hospital público por complicaciones de aborto debe hacerse la denuncia policial	59,9	34,3	5,8
Un médico/a que realizó un aborto debe ir preso/a	32,3	47,3	20,4
Una mujer que se realizó un aborto debe ir presa	3,2	88,2	8,6

Tal como se desprende de la lectura del cuadro, 6 de cada 10 respondientes están de acuerdo con que se realice la denuncia policial cuando ingresa una mujer al hospital público por complicaciones de aborto. Ese porcentaje crece significativamente entre los médicos que se desempeñan en el Gran Buenos Aires (69,5%). No obstante, la mayoría opta por el desacuerdo cuando responde si debe ir preso/a una mujer o un médico/a que realizó un aborto. El desacuerdo con la pérdida de la libertad es más fuerte cuando se trata de la mujer que realizó el aborto (88,2%) que cuando se trata del médico/a (47,3%). No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación del hospital. Cabe

¹² . Aun cuando se trata de poblaciones diferentes, cabe destacar que los datos de una encuesta a población general realizada en Córdoba también revelan una disímil aceptación de las situaciones “riesgo de salud” y “riesgo de vida” como causal de despenalización. La encuesta, que preguntaba por cada una de las alternativas de manera separada, arrojó los siguientes datos: El 69,4% de los encuestados acordó con la despenalización en caso de peligro de vida de la mujer. Este porcentaje solo alcanzaba al 27% en caso de riesgo de salud de la mujer (Lista, 1996, pág. 233).

¹³ . La despenalización del aborto contribuiría a disminuir las muertes maternas por aborto provocado: Acuerdo: 78,6%; Desacuerdo: 14,8%; No sabe/no contesta: 6,7%.

¹⁴ . “Los hospitales públicos deberían realizar los abortos no punibles”: Acuerdo: 73,5%; Desacuerdo: 15,5%; Ns/nc: 11%.

destacar, tal como se observa en el cuadro, que esta frase reúne un elevado porcentaje de ausencia de respuesta.

5. Cuestiones para debatir

El rol central que los tocoginecólogos/as juegan en la atención y prevención de la salud reproductiva implica un grado de responsabilidad social que va más allá de su práctica asistencial. La comunidad médica suele presentarse haciendo énfasis en que su función social se acota al ámbito de la consulta, de la relación con los usuarios/as de sus servicios, desdibujándose de esta manera la dimensión público-política de su propia actividad.

Retomando las reflexiones de Schutz (Schutz, 1964: 252-254) acerca del significado de la "responsabilidad", creemos que los médicos/as muchas veces destacan su responsabilidad por los/as pacientes (en cuanto a lo que implicaría intervenir en su salud y solucionar sus problemas), dejando de lado su responsabilidad ante la sociedad. Su responsabilidad desde un punto de vista que supere su actividad profesional, o en realidad que recupere la función social de su profesión, se presenta en el escenario más amplio de las relaciones e interacciones sociales de manera difusa. Los médicos/as, en este sentido, considerando sus opiniones sobre la dimensión público-política de la salud reproductiva, deben cumplir un rol más activo en los debates sociales en torno a las problemáticas planteadas. La responsabilidad de esta comunidad ante el resto de la sociedad significa un "hacerse cargo" diferente, comenzando por una mayor conciencia acerca de su responsabilidad y compromiso profesional desde la perspectiva de los derechos.

Dada la importancia adjudicada al aborto y la anticoncepción como problemas de salud pública parece necesario llevar adelante acciones de sensibilización entre los/as profesionales, para desarrollar este tipo de conciencia y plantear estrategias destinadas a promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Argentina, que necesariamente incluya a este grupo particular como una de sus poblaciones objetivo y lo constituya en una pieza clave para orientar nuevas propuestas normativas y programáticas..

Una estrategia destinada a sensibilizar a los tocoginecólogos/as respecto de la noción de derechos en relación con la sexualidad y la reproducción podría incluir, entre otros instrumentos, la promoción de documentos emitidos por organizaciones profesionales en torno a la problemática del aborto inducido, tales como la declaración de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada "Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y los ginecólogos" (1997). En ese documento se formulan recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia acerca de la práctica profesional en la atención de las mujeres que consultan en servicios de salud con complicaciones de aborto, en la atención de las mujeres que requieren interrupción legal del embarazo en los países con leyes restrictivas y, finalmente, acerca del papel de los médicos/as en el diálogo para la liberalización de leyes y reglamentos sobre el aborto.

Con respecto a este último aspecto los hallazgos abonan la necesidad de promover dos debates orientados a la construcción de consensos. Por un lado, un debate dentro de la comunidad profesional acerca de la falta de información rigurosa y confiable sobre la magnitud y los determinantes del aborto en la Argentina, así como sobre su responsabilidad profesional y ética, y su capacidad para responder apropiadamente a los derechos de las mujeres que atraviesan esta situación crítica. Por otro, un debate en la sociedad, que los cuente como promotores en los medios de comunicación, para discutir

eventuales modificaciones a la legislación vigente para ampliar la ciudadanía de las mujeres en materia de sexualidad y reproducción.

6. Referencias bibliográficas

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 1997. "Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y los ginecólogos, Relatorio final", Grupo de trabajo FIGO/OMS. CEMICAMP, Campinas, San Pablo, Brasil, 2-5 de marzo de 1997.

Gogna, M. 1994. "Ofensiva de la iglesia argentina. Una inconsistente defensa de la vida". *Conciencia Latinoamericana*, vol. VI, Nº 3, Católicas por el Derecho a Decidir, Uruguay.

Gogna, M.; Gutiérrez, M.A. y Ramos, S. 1998. "Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (Argentina)". *Saúde reproductiva na America Latina e no Caribe. Temas e problemas*, PROLAP, ABEP E NEPO/UNICAMP, Editora 34, Campinas.

Gogna, M. y Ramos, S. 1996. "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública". *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. Nº 2, FLACSO, Buenos Aires.

Gutiérrez, M.A. 2000. "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres". En: Abregú, M. y Ramos, S. (eds.). *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, CEDES/CELS/ Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, año 2, Nº 3.

González de León Aguiere, D. y Billings, D. 2001. "Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals". *Gender and Development* Vol. 9, Nº2. Instituto Social y Político de la Mujer, 2001. *Estudio Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires.

Lista, Carlos A. 1996. "El debate sobre la despenalización del aborto. Androcentrismo y consenso normativo". En: *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. CENEP/OMS, CEDES, AEP, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo.

Llovet, J.J. y Ramos, S. 1986. "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos". *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 38, diciembre.

Motta, C. y Rodríguez, M. 2001. *Mujer y justicia: el caso argentino*. Buenos Aires: Banco Mundial.

Muraro, H. 1994. "Nota sobre el estado de la opinión pública metropolitana acerca del debate sobre prohibición del aborto". Informe final de investigación presentado al Consejo Nacional de la Mujer, Buenos Aires.

Novick, S. 1992. *Política y Población 1/2. Argentina 1870-1989*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Pantelides, E. 1989. "La fecundidad en la Argentina desde mediados del siglo XX", Buenos Aires: Cuadernos del CENEP, volumen 41.

Petracci, M. y Szulik, D. 2000. "La opinión pública frente a la despenalización del aborto". En Domínguez Mon, A., Federico, A., Findling, L. y Méndez Diz, A.M. (comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población*. Editorial Dunken, Buenos Aires.

Schutz, A. 1964. *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Vitale, A. 1992. "La planificación familiar de los nacimientos: una propuesta pública a mitad de camino?". Rosario: Cuadernos Médico Sociales, N° 6

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org