

TÍTULO

DIFICULTADES EN EL ACCESO AL ABORTO NO PUNIBLE EN EL SISTEMA DE SALUD: UNA FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO. EL ROL DEL PSICÓLOGO/A

Gabriela Viviana Perrotta

Trabajo publicado en Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología. UBA. ISSN 1667-6750, Págs. 147.

Resumen

Este trabajo se basa en la tesis de Doctorado en Psicología de la UBA sobre “Concepciones de Sujeto/Paciente en Salud Sexual y Reproductiva”. Es fruto, además, de la experiencia de trabajo en Salud Sexual y Reproductiva. El objetivo es visibilizar la importancia del rol del psicólogo/a para la garantía del derecho a un aborto no punible o interrupción legal del embarazo en los casos contemplados por el Código Penal Argentino. Se intenta, además, actualizar información acerca del marco legal que en Argentina garantiza ese derecho, para evitar incurrir en un acto de violencia contra las mujeres desde el sistema de salud, más particularmente, de violencia contra la libertad reproductiva. Se incluye en este trabajo la reflexión acerca de la denominación de aborto no punible o interrupción legal del embarazo, como maneras diferentes de destacar la legalidad de la práctica e incluir la figura jurídica tanto como la mirada sanitaria.

La formación del psicólogo/a debe incluir estos conocimientos y también espacios de reflexión donde podamos concientizarnos acerca de los derechos sexuales y reproductivos y nuestra competencia profesional.

4 palabras clave: VIOLENCIA DE GÉNERO. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ABORTO LEGAL. ROL DEL PSICOLOGO/A

Introducción

Este trabajo se enmarca en la tesis de Doctorado en Psicología de la UBA sobre “Concepciones de Sujeto/Paciente en Salud Sexual y Reproductiva”. Es fruto, además, de la experiencia de trabajo en Salud Sexual y Reproductiva. El objetivo es visibilizar la importancia del rol del psicólogo/a en la garantía del derecho a un

aborto no punible o interrupción legal del embarazo en los casos contemplados por el Código Penal Argentino.

Estado del arte

El aborto no punible

El aborto no fue un problema legal de trascendencia hasta comienzos del siglo XIX, donde empezaron a aparecer en Europa las leyes que lo restringían. Esto parece haber respondido a la necesidad de evitar las muertes maternas, provocadas por el alto riesgo de los métodos abortivos que se empleaban (Faundes, 2011). Al alcanzar mayor seguridad en los procedimientos abortivos e incrementarse la preferencia por familias menos numerosas, en los últimos 50 años el mundo desarrollado se ha inclinado a despenalizar el aborto o a permitirlo en algunas circunstancias. Esta tendencia se inició más tarde en los países en desarrollo (fines del siglo XX) donde, de todas maneras, las leyes relacionadas con el aborto son más restrictivas que en los países desarrollados (Faundes, 2011).

En la última década se han incrementado los estudios sobre la situación del aborto legal en la Argentina, en los países de la región y en el mundo. Estos estudios analizan, por un lado, el marco legal que garantiza ese derecho de las mujeres y, por otro, las condiciones de acceso a la práctica y las posibilidades reales de ejercer ese derecho.

Algunos estudios llevados a cabo por organizaciones internacionales analizan la situación del aborto legal en los diferentes países revisando los Códigos Penales y otras normas no penales y encuentran en principio dos grupos de países: países con sistema de causales y semanas de gestación definidos en norma no penal y países con aborto penalizado salvo casos excepcionales definidos en el Código Penal (IPPF, 2008).

Otros estudios se enfocan directamente en las causales que permiten el aborto en los diferentes países y sostienen que el 98% lo permite para salvar la vida de la mujer, el 63% para preservar su salud física, el 62% para preservar su salud mental, el 43% por violación o incesto, el 39% por daño fetal, el 33% por razones sociales o económicas y el 27% a petición (OMS, 2003). En esta última publicación, la OMS

marca que muchos países no disponen de servicios seguros para interrumpir embarazos, a pesar de que exista la autorización legal para muchos casos. Esto responde a diversos factores: de recursos, de falta de conocimiento de la ley, factores políticos y sociales, discriminación.

Otros autores hacen hincapié en la relación entre las dificultades para el acceso a la interrupción legal del embarazo y las formas de opresión que sufren las mujeres, lo que se traduce en el derecho a decidir está limitado por la falta de opciones en un contexto de pobreza e inequidad social, económica y racial (Cabria, 2006).

El marco legal para el aborto no punible en Argentina

En Argentina el aborto no punible está definido por el Código Penal. El artículo 86 establece los casos en los que el aborto no es punible, o sea, en los que la interrupción del embarazo es legal. La lectura de dicho artículo ha sido discutida durante décadas, pero los últimos años desde las políticas públicas nacionales y desde la Corte Suprema de Justicia de la Nación se ha intentado aclarar su lectura y garantizar el acceso a ese derecho cuando se trata de las causales que se detallan a continuación. En esos casos el aborto es un derecho de la mujer embarazada que el Estado y el sistema de salud deben garantizar, ya que se trata de una interrupción legal del embarazo (Maffia, 2006)

El texto del artículo 86 del código penal es el siguiente:

Art. 86.- Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º. si 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;

2º. 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 el aborto.

Durante muchos años la discusión más importante se ha dado en relación al inciso 2, del que se hacía una lectura restrictiva cuando se suponía que sólo se refería a las mujeres idiotas o dementes y se consideraba que la “o” (violación o atentado al pudor) no estaba separando 2 casos: cualquier violación, por un lado, y un atentado al pudor de mujer idiota o demente, por otro.

La lectura que se desprende del fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que en breve desarrollaremos, contempla cuatro causales para el ANP:

- inciso 1º: embarazos riesgosos
 - en casos de peligro para la vida de la mujer,
 - en los casos de peligro para la salud de la mujer
- inciso 2º: embarazos forzados
 - cuando el embarazo sea producto de una violación,
 - cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (1)

A pesar de la normativa clara, no siempre se garantiza en la Argentina el acceso al ANP en los casos contemplados por la Ley. En general, la causal salud es la más aceptada cuando está probada la causa biológica. Se discute aun la causal salud mental y social, lo que retomaremos más adelante. Y la violación sigue siendo algunas veces cuestionada, más aún cuando ocurre dentro de la pareja.

Ante este contexto que dificulta la posibilidad de las mujeres de acceder a un derecho que debería estar garantizado, el 13 de marzo de 2012, en los autos “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó un fallo fundamental para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Argentina. El fallo trata sobre el artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación, sobre lo que llamamos Aborto No Punible, e involucra acciones concretas del sistema de salud en todos sus niveles. Lo que la Corte hace explícito en ese fallo y un comunicado posterior del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) detalla, es lo siguiente:

- La interrupción de los embarazos que hayan sido producto de violación, no es punible, sin que la mujer tenga que ser incapaz o débil mental, o tenga que presentar

algún otro problema mental. La Corte señaló que los Legisladores, al sancionar el artículo 86, inciso 2, establecieron que la violación por sí sola, si causa un embarazo, permite su interrupción.

- Los Abortos No Punibles no deben ser judicializados, es decir, que al Poder Judicial no le corresponde intervenir y que solamente recae en el médico tratante la responsabilidad de realizar la intervención una vez que se establezcan las condiciones fácticas.
- No es necesario exigir una denuncia ni la prueba de la violación, y mucho menos su determinación judicial, para avanzar en un aborto no punible por violación. Para ello es suficiente una declaración jurada de la niña, adolescente o mujer. En cualquier caso, si la mujer no dijera la verdad, podría incurrir en un ilícito, pero ello es un tema que no le compete al sistema de salud.
- Por lo tanto, habiendo la Corte Suprema fijado pautas claras de política de salud respecto del acceso a los abortos no punibles, las Provincias debían ajustar sus políticas públicas a estos parámetros, ya fuera mediante la aplicación directa de la Guía Técnica y el Protocolo de Atención, a través del acto de adhesión, o aplicando sus propios protocolos en tanto compatibles con dichas herramientas.

La guía técnica a la que se refiere es la Guía Técnica Nacional para la Atención Integral de los Abortos no Punibles que fue publicada por el Programa Nacional de SSyPR a fines del año 2007 y revisada luego en el año 2010, pero no ha logrado aún una resolución firmada por el Ministro de Salud de la Nación, lo que a veces provoca confusiones y discusiones sobre su vigencia. Recientemente (junio 2015) se ha subido a la página web del Ministerio de Salud una nueva guía de atención. En este caso, se denomina “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (2). La importancia de este nuevo protocolo radica en el hincapié que se hace esta vez con respecto a que se trata de un protocolo de “aplicación obligatoria en todo el territorio argentino” y que debe ser puesto en práctica “por todas las instituciones sanitarias” públicas, privadas y de las obras sociales. Además, muestra un cambio significativo porque habla de la interrupción legal de un embarazo como un derecho de las mujeres. Es una ventaja

que desde el Estado se hable de aborto en términos de prestación de salud que satisface un derecho de la mujer, y no en lenguaje criminológico (Deza, 2015)

La figura de la violencia contra la libertad reproductiva

La Ley Nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485/2009) define a la violencia contra las mujeres con un criterio amplio. En su artículo 4 define la violencia de la siguiente manera:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. (Ley 26485)

Esta Ley establece, además, tipos y modalidades de violencia. Dentro de las modalidades, define a la violencia contra la libertad reproductiva como “aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del PNSSyPR” (Ley 26485).

Es importante esta figura que define la ley porque intenta erradicar una de las formas de violencia contra la mujer, visibilizándola y sancionando a quien la ejerza. De acuerdo a esta definición, la libertad reproductiva es aquella que se garantiza y puede ejercerse si se cumplen las siguientes condiciones:

- Acceso a anticoncepción: Toda consulta por anticoncepción se considera una consulta de urgencia. Esto incluye el acceso a la anticoncepción de emergencia, la colocación de DIU, la anticoncepción quirúrgica, etc.
- Acceso de adolescentes a la información y la atención de su salud sexual y su salud reproductiva.
- Interrupción legal del embarazo: los obstáculos al acceso de una mujer a la interrupción legal de un embarazo constituyen una forma de violencia contra la libertad reproductiva porque atentan contra el derecho a decidir cuándo tener hijos.

Discusión actual: ¿Aborto no punible o interrupción legal del embarazo?

Existe actualmente una discusión, especialmente en el ámbito de la salud pública, acerca de la manera de nombrar a esta práctica: aborto no punible (ANP) o interrupción legal del embarazo (ILE).

Tomando los términos del Código Penal de la Nación, que desarrollaremos en el punto siguiente, se ha hablado históricamente de aborto no punible. Pero los últimos tiempos se empezó a sostener la propuesta de nombrarlo como interrupción legal del embarazo. Uno de los argumentos para esta última terminología es que el término “aborto no punible” es jurídico, no sanitario. Se sostiene como una ventaja que desde el Estado se hable de aborto en términos de prestación de salud que satisface un derecho de la mujer, el de la interrupción legal del embarazo en los casos que contempla el código penal, y no en lenguaje criminológico (Deza, 2015) Para Deza, hablar de interrupción legal es poner el acento en lo legal en lugar de ponerlo en lo clandestino y lo punible.

Usamos aquí ambas terminologías ya que tomamos tanto lo legal y jurídico como la importancia del acceso a esta práctica en el ámbito de la salud pública.

Estereotipos de género

Me interesa destacar que las dificultades en el acceso al ANP o ILE se presentan como una forma de violencia contra la mujer, en este caso violencia contra la libertad reproductiva, que se ejerce a pesar del marco legal vigente en la Argentina.

Esta situación nos lleva a preguntarnos: ¿por qué resulta tan difícil a veces garantizar el derecho de una mujer a acceder a una ILE cuando las leyes explicitan que debe garantizarse ese derecho, especialmente en el sistema público de salud? Retomemos la lectura de M. Foucault, desarrollada en artículos anteriores (Perrotta, 2014). Podemos decir que la regulación de los cuerpos y del sexo recae especialmente sobre el cuerpo de las mujeres, por caer sobre ellas la “responsabilidad” de la reproducción y el cuidado y atención de la familia: “Histerización del cuerpo de la mujer: triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado –calificado y descalificado- como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado bajo el efecto de

una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su forma negativa que es la “mujer nerviosa”, constituye la forma más visible de esta histerización.” (Foucault, 1987, pág. 127). El cuerpo de las mujeres es manipulado, regulado, no escuchado. La histerización del cuerpo de la mujer la condena primero por “pecadora”, porque su cuerpo saturado de sexualidad es provocador y puede llevar a la “perdición” del hombre (recordemos a Adán y Eva...). Luego no es escuchada por fabuladora, simuladora, “histérica” en el sentido psiquiátrico, casi peyorativo, del término. Recordemos que Emil Kraepelin habla de la “astucia y la inteligencia de la histérica”...“su malicia calculada y su obstinación planificada” (Kraepelin, 1899, pág. 31). Y luego la condena por reducirse su rol a ser la encargada de la reproducción y del buen destino de la familia. La representación social de la mujer está asociada directamente a la maternidad como estereotipo de género y eso determina la concepción de sujeto desde la que se aborda su salud, su demanda y su lugar, no sólo en la sociedad sino también en los servicios de salud. Ejemplo de esto son los términos “mami”, “madre” con los que los médicos se dirigen a las mujeres, a partir del momento de su primer embarazo, donde dejan de ser adolescentes para ser mujeres/madres. El empleo de estos términos para nombrar a las mujeres nos remite a la importancia del lenguaje, al peso de las palabras y al lugar que se le da al sujeto que consulta por su salud, en este caso: las mujeres. Las mujeres suelen no tener nombre propio: son las madres de los niños/as que deben cuidar y criar. Y se espera de ellas que cumplan con ese rol, siempre por encima de su propia salud. Y no estamos diciendo que esta situación sea responsabilidad personal de cada médico/a, si bien cada uno/a puede hacerse responsable de su lugar dentro de un modelo que lo/a excede, sino que esta bio-política de la que nos hablaba Foucault determina posiciones (Perrotta, 2014)

Este modelo sostiene, entonces, la responsabilidad y casi la “obligación” de la mujer de continuar con un embarazo y cumplir siempre con el mandato de la maternidad y, probablemente, contribuye a los obstáculos que ponen muchos profesionales de salud para garantizar el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo en los casos contemplados por el marco legal vigente.

El rol del psicólogo/a

Podemos plantear el rol del psicólogo/a con respecto a las situaciones de aborto no punible en dos sentidos: el primero en relación a su intervención en el equipo interdisciplinario de salud, aportando su escucha no sólo a la mujer que consulta sino hacia adentro del equipo, para contribuir a despejar los prejuicios y sentimientos personales de los miembros del equipo y hacer lugar al sujeto que consulta, en este caso, la mujer que solicita una ILE.

El otro gran rol del psicólogo/a se pone en juego en los casos en los que la causal por la que se considera que el aborto no es punible es la causal salud mental.

La causal salud debe entenderse siempre en el marco de la salud integral, de acuerdo a la definición de la OMS de la salud como estado de bienestar físico, mental y social. Esto implica que la salud mental, y también la salud social, pueden ser suficientes como causal de ANP. Ya dijimos que estos son los casos donde se presentan aún más dificultades, porque la salud parece todavía responder a un modelo médico hegemónico (Menendez, 1988) que define la salud como “médica”, biológica, sin tener en cuenta al sujeto y a todo lo que influye en sus posibilidades de mantener un estado de salud.

La salud psíquica es competencia de los/as profesionales de salud mental y, por lo tanto, somos nosotros quienes tenemos la palabra a la hora de establecer que una mujer tiene derecho a un aborto legal cuando su salud psíquica está en riesgo.

Tenemos todavía un largo camino por recorrer para que nuestra palabra profesional sea escuchada y aceptada como único requisito para ese “diagnóstico”.

Un avance en este sentido es que el nuevo Protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo considera “el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad

personal y la autoestima” (Ministerio de salud, 2015), es decir, la salud mental, como afectación de la salud de la persona embarazada, y causal para solicitar un aborto no punible. En ese sentido, la guía aclara que el peligro debe ser sólo potencial para justificar una interrupción legal de embarazo. Prevé también la intervención de profesionales del área de salud mental para esos casos.

Reflexiones finales

El código penal, las reglamentaciones nacionales y provinciales y la interpretación de la Corte Suprema de la Nación son claras con respecto a los abortos que no son punibles. Es responsabilidad del equipo de salud (y del director de los establecimientos públicos de salud) cumplir con la normativa y garantizar el acceso a ILE en todos los casos mencionados, en los que se trata de un derecho de la mujer. El psicólogo/a tiene un rol importante dentro del equipo y, particularmente, en los casos en los que la causal sea salud mental.

Somos sujetos, personas, con ideas, creencias, condicionadas por nuestra historia y por la cultura y los estereotipos. Pero, como profesionales, tenemos la responsabilidad de cumplir con la ley y garantizar los derechos de las mujeres, más allá de lo queelijamos para nuestras propias vidas. Tenemos un marco legal que nos ampara si garantizamos esos derechos. Y que nos sanciona si los vulneramos. Reflexionemos sobre nuestros prejuicios y sobre los estereotipos de género (los roles impuestos asignados a mujeres y varones por la sociedad y la cultura históricamente) que nos impiden a veces dimensionar en qué medida vulneramos los derechos de las mujeres, derechos garantizados por nuestras leyes. La asociación mujer/madre no debe sostener esa vulneración de derechos.

Nos ponemos en riesgo de mala praxis y abandono de persona si no garantizamos los derechos de las mujeres, en este caso a un aborto no punible.

Es importante continuar investigando sobre el acceso y la garantía de este derecho y el rol que tenemos como profesionales de la salud en el marco de un equipo interdisciplinario.

Notas

- (1) La distinción entre embarazos riesgosos y embarazos forzados ha sido tomada de los dichos de la Dra. Soledad Deza, abogada, defensora de los derechos de las mujeres.
- (2) <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

Bibliografía

- Cabria, A. (2006). El aborto en la esfera internacional actual: entre liberalizaciones y mordazas. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto* (págs. 159-186). Buenos Aires: Paidós.
- Código Penal de la Nación, Ley 11.179 (T.O. actualizado 1984) Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
- Deza, S. (2015). Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas Bioéticas de FLACSO*, en prensa.
- Faundes, A. e. (2011). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la Sexualidad Volumen 1. La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI Editores.
- IPPF. (2008). *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas*. New York: IPPF.
- Kraepelin, E. (1899). Las psicosis irreversibles (Demencia Precoz). *Ficha de la Cátedra II de Psicopatología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (26.485/2009)
- Maffia, D. (2006). Aborto no punible: ¿qué dice la ley? En S. Checa, *Realidades y Coyunturas del aborto* (págs. 148-157). Buenos Aires: Paidós.
- Menendez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Ponencia presentada en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>
- OMS. (2003). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Perrotta, G. (2014). El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud. En E. Trimoli, *Cuerpo y Subjetividad* (págs. 373-375). Buenos Aires: AASM (Serie Conexiones).