

APORTES PARA EL DEBATE BIOÉTICO

BIOTOTALITARISMO EN EL URUGUAY

Ana Rosengurt^{*}

RESUMEN. Los conceptos de biopoder y biopolítica desarrollados por Michel Foucault, son la base para descubrir el biototalitarismo. Las crónicas y los testimonios relatados por la historiadora uruguaya Yvette Trochon son el punto de partida para describir la situación de la sociedad uruguaya a comienzos del siglo pasado, con el fin de analizar el marco jurídico que ampara las políticas sanitarias en Uruguay desde la dictadura de Gabriel Terra hasta el presente. Brevemente se reseñan cronológicamente las normas implicadas para desarrollar posteriormente las contradicciones que generan. El objetivo del análisis es contribuir a la actualización de dicho marco normativo para alinear definitivamente a Uruguay con el paradigma de los derechos humanos.

PALABRAS CLAVE. Carné de salud. Cribado. Bioética. Autodeterminación. Consentimiento informado.

ABSTRACT. The concepts of biopower and biopolitic developed by Michel Foucault, are the basis for discovering biototalitarism. The chronicles and the testimony reported by the uruguayan historian Yvette Trochon are the starting point to describe the situation of uruguayan society at the beginning of the last century, in order to analyze the legal framework that protects the health policy since Uruguay's dictatorship of Gabriel Terra. The rules involved are briefly outlined chronologically to further develop the contradictions they generate. The objective of the analysis is to contribute to the updating of the regulatory framework so Uruguay finally aligns with the paradigm of human rights.

KEY WORDS. Health card. Screening. Bioethic. Self-determination. Informed consent.

^{*} Ingeniera en Computación por Udelar, Master en Economía de Telecomunicaciones por UNED, Especialista en Gestión de la Calidad en Empresas de Telecomunicaciones UNIT-ISO 9000. Autora del libro "El aura radiactiva: crónica de una emancipación (guía para ejercer los derechos individuales en la era de Internet)". Correo electrónico: ana.rosengurt@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

El filósofo y pensador francés Michel Foucault desarrolló los conceptos de biopoder y biopolítica en [1]. Allí analiza la vinculación entre la medicina, el poder, la economía y la sociedad, y afirma que la medicina forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder, mientras que la preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma de regulación de la sociedad. En [2] desarrolla los métodos y procesos de disciplinamiento por los cuales el biopoder controla a la sociedad.

De las obras citadas se expone la siguiente reseña a modo de introducción al concepto expresado en el título de este trabajo.

Durante mucho tiempo, uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte, que derivaba formalmente de la *patria potestas* que daba al padre de familia romano el derecho de “disponer” de la vida de sus hijos como de la de sus esclavos: como la había “dado”, podía quitarla.

El soberano, amenazado por sus enemigos exteriores que querían derribarlo o discutir sus derechos, podía hacer la guerra legítimamente y pedir a sus súbditos que tomaran parte en la defensa del estado. Sin proponerse directamente su muerte, era lícito para él exponer sus vidas: en este sentido ejercía sobre ellos un derecho indirecto de vida y muerte. Pero si era uno de sus súbditos el que se levantaba contra él, entonces el soberano podía ejercer sobre su vida un poder directo: a título de castigo, lo mataba. Además, por la pena de muerte se mataba legítimamente a todo aquél que significaba para los demás alguna especie de peligro biológico. El suicidio era considerado un crimen, puesto que era una manera de usurpar el derecho de muerte que sólo el soberano podía ejercer.

El “derecho de espada”, es decir, el poder del soberano sobre la vida y muerte de sus súbditos, habría comenzado a ser desplazado, hacia el siglo XVII y XVIII, por un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, mantenerla y multiplicarla y despliega sobre ella controles y regulaciones. De esta manera, el derecho soberano de *hacer morir o dejar vivir* habría sido sucedido por un poder de *hacer vivir y dejar morir*.

La presión de lo biológico sobre lo histórico, durante milenios, fue extremadamente fuerte: la epidemia y el hambre constituían las dos grandes formas dramáticas de esa relación que permanecía así colocada bajo el signo de la muerte. El desarrollo económico y principalmente agrícola del siglo XVIII, el aumento de la productividad y los recursos más rápido aún que el crecimiento demográfico al que favorecía, permitieron que cedieran esas amenazas y la expectativa de vida se prolongara. La muerte dejó de hostigar directamente a la vida. Por primera vez en la historia, lo biológico se refleja en lo político: el hecho de vivir ya no es inaccesible y pasa al campo de control del saber y de intervención del poder.

Según Foucault, el poder ya no se ejerce sólo por la fuerza sino que circula por toda la sociedad mediante diversos procedimientos o técnicas de exclusión, control y normalización discursiva e institucional que permiten disciplinar a la sociedad. Se apela desde el poder político a diversas técnicas de disciplinamiento que permiten individualizar y normalizar los cuerpos con el objeto de garantizar el funcionamiento del sistema de dominación social.

La sociedad disciplinaria es aquella en la cual el comando social se construye a través de una difusa red de aparatos que producen y regulan costumbres, hábitos y prácticas productivas. La puesta en marcha de esta sociedad, asegurando la obediencia a sus reglas y a sus mecanismos de inclusión y/o exclusión, es lograda por medio de instituciones

disciplinarias (la prisión, la fábrica, el asilo, el hospital, la universidad, la escuela, etc.). El poder disciplinario gobierna estructurando los parámetros y límites del pensamiento, mientras controla sus efectos: prescribe los comportamientos normales y/o sanciona los desviados.

Tanto la anatomopolítica (disciplinas del cuerpo) como la biopolítica (regulaciones de la población) refieren a la organización del poder sobre la vida, estando los objetivos del biopoder dirigidos a la regulación de los nacimientos, los decesos, la tasa de fecundidad y reproducción,¹ la salud, la higiene, la longevidad, etc. y dando inicio a lo que Foucault denomina “la era del biopoder.”

Surgió la gestión coercitiva del sexo para determinar los buenos matrimonios y promover las fecundidades deseadas. Proliferaron las tecnologías políticas para invadir el cuerpo, la salud, las maneras de alimentarse y alojarse, las condiciones de vida y el espacio entero de la existencia.

La administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida se consolidó por el desarrollo de disciplinas sobre los cuerpos y por regulaciones sobre la población (entre las que figura la demografía, la estimación de la relación entre recursos y habitantes, los cuadros de las riquezas y su circulación, las vidas y su probable duración).

Por la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones, el biopoder se constituyó en elemento indispensable para la revolución industrial y para el desarrollo del capitalismo. Éste socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral y no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. “*Se recurrió a la medicina como instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna... El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica*”. [3]

El nazismo alcanzó el paroxismo del biopoder disciplinario al implantar una ordenación eugenésica de la sociedad.²

La reseña anterior sobre los conceptos desarrollados por Foucault es útil para abordar a continuación la situación histórica de las políticas sanitarias en Uruguay, donde puede decirse que se instaló formalmente un biototalitarismo desde la dictadura de Terra.

II. URUGUAY A COMIENZO DEL SIGLO XX

Yvette Trochon describe en [4] las prescripciones de la higiene, el control del estado y las prácticas sociales arraigadas en los diversos subgrupos de la sociedad, hace casi un siglo. A continuación se reseñan algunos pasajes de su texto.

¹ NOTA DE LA AUTORA. El aborto voluntario no estaría contemplado puesto que atenta contra el crecimiento de la mano de obra y de los consumidores.

² NOTA DE LA AUTORA. La eugenesia practicada por los nazis implicaba que muchas personas no tenían ni derecho a existir, como las discapacitadas, puesto que incluía dar muerte a niños que nacían con alguna patología o deformación.

La gran cantidad de instituciones dedicadas al combate de la sífilis, revela el temor que esa enfermedad contagiosa generaba en la población y la preocupación de las autoridades por erradicarla. La “fabricante de ángeles” (así denominada por los abortos que provocaba) constituía un peligro para el porvenir de la raza. La sífilis unía, cual cordón invisible, dos mundos aparentemente separados: el del burdel y el del hogar. Hubo proyectos para instaurar el requisito del certificado prenupcial de salud a los hombres.

En 1920 el Instituto Profiláctico de la Sífilis aconsejaba distribuir gratuitamente una “caja profiláctica” entre los soldados que salieran de franco de sus cuarteles. Contenía una pastilla de jabón, pomada de Metchnikoff (para friccionar el pene evitando el contagio), bujía de protargol (para lavaje uretral), toalla de papel y un condón.

Salud Pública y Moral Pública se aliaron para controlar el mundo prostibulario. Las prostitutas fueron obligadas a inscribirse en los registros de prostitución, en los que se les otorgaba el carné de prostituta en el que figuraban, además de su foto, su nombre completo, edad y estatura, otras características físicas, morfológicas y toda índole de señas particulares. La vigilancia sobre las prostitutas se extendió y profundizó. Fueron controladas por la policía y revisadas por los médicos.

Las prostitutas eran inspeccionadas dos veces a la semana por el médico en el burdel o en el dispensario. Dice Trochon: *“Su cuerpo era inspeccionado por el ojo inquisidor del médico-inspector. Su vagina era examinada con el temido espéculo (el ‘pene del estado’) así como su ano y su boca eran revisados en la búsqueda de los signos estigmatizadores de los chancros sifilíticos.”*

En 1924 el Dr. Mateo Legnani denunciaba ante la Cámara de Representantes lo ocurrido en ocasión de la llegada de la escuadra norteamericana a Montevideo el 10/6/1918: el capitán había anunciado que no dejaría bajar su marinería si las prostitutas no estaban sanas.³ Decía Legnani: *“Cuando las autoridades se dieron cuenta de eso y no querían de ninguna manera pasar el bochorno de que se fuese toda la marinería enferma, sr. Presidente, las salas del hospital no bastaron para contener las prostitutas que hubo que asilar. Es decir, pues, que esas prostitutas estaban sanas para la población de Montevideo y no lo estaban para los extranjeros.”*

El texto de Trochon abarca la vida en el Bajo, su destrucción para dar paso a la construcción de la rambla sur, el debate de la sociedad sobre la prostitución y la corrupción de las autoridades controladoras, en un estilo muy vívido que intercala testimonios de personajes de la época. Pero lo expuesto basta para entrar de lleno al tema de este trabajo.

Después de acceder a la Presidencia de la República en 1931, Terra inició en 1933 la primera dictadura del siglo XX en nuestro país. El 31/3/1933 dio un golpe de estado por el que disolvió la Asamblea General y en su lugar creó la Asamblea Deliberativa con menos integrantes que la disuelta. El 19/4/1934 plebiscitó una reforma constitucional, la cual fue aprobada.

La Asamblea Deliberativa de Terra creó dos leyes (9.202 y 9.697) que instauraron el biopoder fascista por el que se sacrifican los derechos individuales de los ciudadanos en aras

³ NOTA DE LA AUTORA. Cual si la marinería norteamericana fueran inocentes principiantes en vez de vectores que podían introducir enfermedades a Uruguay... Noventa y seis años después, para ingresar a Uruguay se exigiría una declaración jurada del itinerario de viaje, como forma de evitar el ingreso del ébola en nuestro país.

del bien común. Mediante estas leyes, Terra extendió la libreta de prostituta a toda la población por medio del carné de salud universal. Ambas leyes siguen vigentes hasta hoy y mantienen efectos contradictorios. Por un lado, han sido invalidadas por la normativa nacional (como la Ley 18.335 sobre los derechos de los pacientes y usuarios de servicios de salud en 2008) y también mediante la adhesión y/o ratificación a instrumentos internacionales (como la Primera Norma Internacional del Trabajo sobre VIH-SIDA de la OIT en 2010), siendo ambas posteriores a las leyes terristas. Pero por otro lado esas dos antiguas normas fueron revitalizadas por nueva normativa que las potencia en un marco de biototalitarismo (como los decretos 387 de 1976, 651 de 1990 y 571 de 2006).

III. EXPOSICIÓN

A continuación se detalla en forma cronológica el devenir de este marco normativo (leyes, decretos, ordenanzas y compromisos internacionales) entre 1933 y 2015.

1. Siglo XX

Ley 9.202: ley orgánica de salud pública. Aprobada el 16/11/1933.

Se encomienda al Ministerio de Salud Pública (MSP) adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de los males venéreo-sifilíticos. También *“hacer formar y mantener la estadística sanitaria”*. Establece que todo habitante del país debe someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan, cuando su estado de salud, pueda constituir un peligro público.

Ley 9.697: carnet de salud. Aprobada el 16/9/1937.

Se establece obligatorio poseer el carné de salud para optar por los servicios de la asistencia pública. Además será exigible para el ejercicio de varias actividades y oficios. También establece como requisito obligatorio el carné de salud para ingresar a la administración pública.

Decreto-ley 10.388: Estatuto del funcionario público. Aprobado el 13/2/1943.

Establece que para ingresar a la función pública se requiere *“comprobar aptitud moral, ofreciendo información satisfactoria de vida y costumbres y tener aptitud física, certificada por servicio de carnet de salud.”*

Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10/12/1948.

Establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamados en esa declaración, sin distinción alguna.

Ley 13.751: aprueba los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de Derechos Civiles y Políticos, y el Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16/12/1966. Aprobado el 11/7/1969.

Establece que *“nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”*.

Decreto 387: carné de salud obligatorio. Promulgado el 29/06/1976.

Propone “ordenar en forma racional preceptos de Medicina Preventiva dentro de la Higiene Laboral, en atención a los factores de eficiencia y rendimiento del trabajador, así como el tratamiento oportuno de afecciones que, por ignoradas, pueden ulteriormente disminuir su rendimiento”.⁴ Determina los exámenes paraclínicos y de laboratorio básicos (entre otros, requiere “reacciones serológicas de la sífilis”) y su periodicidad, así como estudios complementarios.

Decreto-Ley 15.179: aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 18/12/1979. Aprobado el 28/7/1981.

Los estados partes convienen en adoptar una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer. Se comprometen a velar porque las autoridades, instituciones públicas, personas, organizaciones o empresas actúen de conformidad con esta obligación y a modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer.

Decreto-ley 15.272: vacunación obligatoria. Aprobada el 4/5/1982.

Se instituye el plan nacional de vacunación para administrar a la población las vacunas que se declaren obligatorias en esta ley.

Ley 16.095: sistema de protección integral a las personas discapacitadas. Aprobada el 26/10/1989.

Define “discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.”

Establece un sistema para asegurar que se les conceda beneficios, prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas. Los centros de recreación, educativos, deportivos, sociales o culturales no podrán discriminar y deberán facilitar el acceso y el uso de las instalaciones y de los servicios. El estado promoverá la orientación y la rehabilitación laboral y profesional, y procurará facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada.

El capítulo VIII está dedicado al derecho al trabajo de las personas discapacitadas y les reserva el 4% de las vacantes en el estado. Instituye el empleo a tiempo parcial tanto en la actividad pública como la privada, acorde a la capacidad de cada individuo, para aquellas personas discapacitadas que no puedan ocupar un empleo a tiempo completo.

Establece la certificación de la discapacidad por las autoridades competentes para obtener los beneficios del empleo selectivo.

Decreto 651: carné de salud básico, único y obligatorio. Aprobado el 18/12/1990.

Considera la necesidad de actualizar la normativa relacionada con la expedición y contenido del carné de salud. Pero en vez de detallar los controles paraclínicos, valores de

⁴ NOTA DE LA AUTORA. Explícitamente el biototalitarismo del gobierno de facto manifestaba el objetivo de maximizar las capacidades de la mano de obra, focalizando en el rendimiento dos veces en una frase.

referencia y periodicidad adecuándolos a la nueva realidad de la sociedad y la ciencia, crea una “*comisión especial que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP) con el cometido de instrumentar, supervisar y evaluar, adaptando a los cambios técnicos científicos en el campo de la medicina preventiva*”.

Ley 16.168: donación de sangre. Aprobada el 20/12/1990.

Hasta dos veces al año, todo trabajador de la actividad pública o privada, “*con la sola presentación del documento que acredite fehacientemente una donación de sangre*” tendrá derecho a no concurrir a su trabajo ese día y el mismo será abonado como trabajado.

Ley 17.242: prevención de cánceres génito-mamarios. Aprobada el 13/6/2000.

Establece para todas las mujeres trabajadoras (tanto de la actividad privada como estatal) el derecho a un día al año de licencia paga, con el objetivo de facilitar su concurrencia a realizarse “*exámenes de Papanicolau y/o radiografía mamaria*”, para la detección precoz del cáncer mamario y de cuello uterino.

2. Siglo XXI

El cambio de siglo en esta cronología merece encabezar un capítulo. El debate sobre la prostitución que a principios del siglo pasado enfrentó a reglamentaristas y abolicionistas según relata Trochon, no sobrevivió al cambio de milenio y el trabajo sexual fue reconocido por ley.

Ley 17.515: trabajo sexual. Aprobada el 13/6/2002.

Regula el ejercicio del trabajo sexual estableciendo que sólo se autorizará a aquellas personas que estén inscriptas en el Registro Nacional del Trabajo Sexual y posean el carné sanitario con los controles al día. El MSP controlará que se cumplan las disposiciones sanitarias a fin de promover y preservar la salud de la persona trabajadora sexual y de la comunidad.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Aprobada por aclamación en la 33ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO el 19/10/2005.

Establece que toda intervención médica (preventiva, diagnóstica y terapéutica) sólo podrá realizarse con el consentimiento informado de la persona.

Ordenanza 402 del MSP: gratuidad de mamografía y colpocitología oncológica (PAP). Aprobada el 11/7/2006.

Dispone la gratuidad de una mamografía cada dos años para las mujeres de entre 40 y 59 años y la gratuidad de un PAP cada tres años para las mujeres de entre 21 y 65 años.

Decreto 571: se incluyen los estudios génito-mamarios en el carné de salud obligatorio. Aprobado el 19/12/2006.

Se incluyen PAP y mamografía en el carné de salud según las disposiciones del MSP en la ordenanza 402.

Ley 18.094: derechos de los discapacitados. Aprobada el 27/12/2006.

Se modifican los conceptos utilizados para referirse a las personas discapacitadas en los textos normativos y se dictan normas para su ingreso a la función pública.

Ordenanza 105 del MSP: se amplía el grupo etario obligado a los estudios génito-mamarios por la ordenanza 402. Aprobada en enero de 2007.

Se establece la obligatoriedad en el carnet de salud de PAP para todas las mujeres mayores de 21 años y de mamografía a partir de los 40 años.

Ley 18.104: igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres en la república. Aprobada el 6/3/2007.

Encomienda al Instituto Nacional de las Mujeres el diseño del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos para dar cumplimiento a los compromisos contraídos por el país en los instrumentos ratificados o firmados en el ámbito internacional relativos a la no discriminación de las personas por razones de género.

Ley 18.131: creación del fondo nacional de salud (FONASA). Aprobada el 10/5/2007.

Establece las condiciones en que se financia el régimen de prestación de asistencia médica para los trabajadores comprendidos en él.

Ley 18.211: creación del sistema nacional integrado de salud (SNIS). Aprobada el 21/11/2007.

Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Establece que la calidad de atención “*respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios*”.

Ley 18.335: derechos de los pacientes y usuarios de servicios de salud. Aprobada el 5/8/2008.

Instrumenta el consentimiento informado del paciente previo a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como para participar de experimentos médicos. Además el paciente tiene derecho a no saber sobre su enfermedad, a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Establece que la historia clínica es propiedad del paciente.

Resolución 9 de Udelar: ordenanza sobre inscripción de estudiantes en los servicios universitarios. Aprobada el 23/12/2008.

Establece el requisito de la presentación del carné de salud básico vigente ante las bedelías correspondientes.

Ley 18.418: ratifica la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Aprobada el 5/11/2008.

La Convención convoca a “*promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente*”.

Ley 18.426: derecho a la salud sexual y reproductiva. Aprobada el 20/11/2008.

El estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Y dispone “*Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley*”.

Ley 18.651: protección integral de personas con discapacidad. Aprobada el 9/2/2010.

La ley anterior de protección integral de personas con discapacidad (16.095) nunca se reglamentó.

Recomendación 200 de OIT: Primera Norma Internacional del Trabajo sobre el VIH y el sida. Aprobada por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 99ª reunión el 2/6/2010.

Impide la detección obligatoria del VIH con fines de empleo.

Decreto 274: reglamentación de la ley 18.335. Promulgado el 8/9/2010.

El cap. III está íntegramente dedicado al consentimiento informado. El cap. V establece la creación de comisiones de bioética en cada prestador de servicios de salud.

Decreto 316: sífilis congénita. Promulgado el 20/9/2012.

Establece obligatorio para la madre infectada, revelar la identidad y paradero de su pareja sexual. “*Si la pareja se negara a concurrir a someterse a ser controlada y, en su caso, a someterse a tratamiento*” quien esté a cargo del servicio de salud, presentará la denuncia policial pertinente a efectos de conducirla al servicio de salud.⁵

Ordenanza 761 del MSP: cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Aprobada el 21/12/2010.

Establece la gratuidad del carné de salud laboral, del niño, del adolescente, del adulto mayor, etc., para los usuarios amparados en el SNIS.

Ley 18.897: interrupción voluntaria del embarazo. Aprobada el 17/10/2012.

Se declara que esta ley no constituye un instrumento de control de los nacimientos y despenaliza el aborto en las primeras doce semanas de gravidez, bajo ciertas condiciones⁶. Y dispone “*Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley*”.

Ley 19.075: matrimonio igualitario. Aprobado el 10/4/2013.

Establece que el matrimonio civil es posible entre dos personas de distinto o igual sexo.

Ley 19.121: estatuto del funcionario público de la administración central. Aprobado el 8/8/2013.

Establece el carné de salud vigente, básico, único y obligatorio como requisito para el ingreso a la función pública. Entre las licencias especiales establece un día de licencia para que las mujeres se realicen exámenes genito-mamarios y también para que los hombres se realicen “*exámenes del antígeno prostático específico (PSA) o ecografía o examen urológico*”.

⁵ Según El Observador “algunas policlínicas municipales lo pusieron en práctica y algunos hombres identificados como parejas sexuales de las embarazadas recibieron una citación por escrito para acudir al centro de salud.” <http://www.elobservador.com.uy/msp-dio-marcha-atras-y-emitió-un-nuevo-decreto-sifilis-n271677> accedido el 22/3/2016

⁶ La mujer debe someterse a un equipo integrado por un ginecólogo, un psicólogo y un asistente social para explicar las razones de por qué quiere abortar. Luego debe esperar cinco días para poder ejercer el derecho sobre su cuerpo.

Ley 19.167: técnicas de reproducción humana asistida. Aprobada el 12/11/2013.

Establece que las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a “*parejas biológicamente impedidas para concebir*” y a mujeres con independencia de su estado civil, las cuales serán incluidas dentro de las prestaciones del SNIS.

Decreto 35: sífilis congénita. Promulgado el 11/2/2014.

Se modifica el decreto 316 del 2012: el nuevo texto descarta obligaciones, elimina la denuncia policial e incluye sólo recomendaciones. El decreto anterior no llegó a aplicarse en los centros de salud debido al rechazo que generó.

Ley 19.286: código de ética médica. Aprobada el 10/9/2014.

Impone a todos los médicos integrantes del Colegio Médico del Uruguay la obligación de respetar integralmente los derechos humanos y de propiciar que el paciente conozca sus derechos.

Ordenanza 567 del MSP: tamizaje o diagnóstico opcional de VIH. Aprobada el 19/9/2014.

Se establece ofrecer prueba de tamizaje o diagnóstico de VIH con consentimiento informado verbal en el marco del carné de salud.

Ordenanza 842 del MSP: cambios en las franjas etarias obligadas al cribado mamográfico. Aprobada el 18/11/2015.

Dispone que el estudio de mamografía sin pago de tasa moderadora deberá realizarse cada dos años a las mujeres entre 50 y 69.

IV. DEBATE

Si bien la exposición que antecede es elocuente por sí misma, caben algunas reflexiones que se presentan a continuación.

1. Ciencia vs normativa.

El marco normativo que acuerdan los integrantes de una sociedad, establece las reglas de convivencia entre ellos. Conforme la sociedad evoluciona, adapta sus reglas (como el matrimonio civil). En cambio la ciencia es una actividad humana que intenta descubrir las leyes de la naturaleza. Por tanto la ciencia es un experimento sin fin que produce descubrimientos parciales y por eso sus enunciados no deben ser objeto de normas jurídicas, porque antes de que éstas puedan ser actualizadas, un enunciado puede ser desechado por otro y las normas podrían producir efectos no deseados. Las normas sólo deben regular los aspectos éticos derivados de la evolución del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico.

2. Carnet de salud vs itinerario de viaje.

A un viajero que ingresa a Uruguay se le exige el documento de uso que lo identifica: cédula de identidad o pasaporte (y a veces visado). Además en circunstancias de alerta sanitaria mundial por alguna epidemia como fue la del ébola en 2014 (ahora dengue, chikungunya y zika), se le considera un potencial vector y por eso se le requiere una

declaración jurada con el itinerario de viaje y los posibles síntomas que pudiera padecer.^[5] En cambio a los ciudadanos residentes que día tras día se presentan a sus actividades, por la norma vigente se les exige un documento público para demostrar una condición saludable o controlada por el médico tratante.

3. Teleducación, teletrabajo y telemedicina.

En la era de internet, con el desarrollo de actividades a distancia, los alumnos de la Udelar disponen del entorno virtual de aprendizaje (EVA), algunas empresas emplean teletrabajadores y gracias a la telemedicina los médicos uruguayos asisten pacientes a distancia. Mientras, los sanos deben presentarse ante un médico para que verifique su condición en el carné de salud que le será exigido para teleestudiar y teletrabajar sin compartir el entorno físico con sus pares.

4. Carné de salud vs derecho a no saber.

El instrumento del consentimiento informado habilita al ciudadano no sólo a rechazar cualquier técnica de diagnóstico sino también cualquier tratamiento. Por lo tanto si no está obligado a tratarse una patología, no tiene sentido obligarlo a diagnosticársela. Además la Ley 18.335 habilita a no saber sobre la enfermedad. De modo que el estado no está legitimado a presuponer enfermos a sus ciudadanos y obligarlos a saber lo que la ley les permite ignorar.

5. Patología vs discapacidad.

La profusa normativa que promueve la inclusión de las personas discapacitadas a la sociedad que integran, hace foco en el derecho a la educación y en el derecho al trabajo para todos en todas las circunstancias y bajo todas las formas. Además impone la adecuación del entorno para asegurarles la accesibilidad.

Para demostrar su condición de discapacidad, la norma instrumenta la certificación por las “*autoridades competentes*”, esto es, una constancia médica. Resulta entonces que ciertas patologías habilitan y aseguran el acceso a la educación y al trabajo pero otras patologías impiden obtener y/o conservar una matrícula o un trabajo.

Según los datos obtenidos en el VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado en 2012, realizado por la Dirección General de Planeamiento de la Universidad de la República (Udelar), el 1,3% de los estudiantes considera que presenta alguna discapacidad. La inclusión de los discapacitados en la Udelar es acorde con las normas nacionales vigentes y hace inoperante el requisito del carné de salud no sólo para el presente sino también para el futuro, puesto que la Udelar forma discapacitados como profesionales que por su condición serán trabajadores especialmente protegidos.

6. Donación de sangre vs carné de salud.

Para donar sangre, la Ley 16.168 no requiere demostrar aptitud sanitaria ninguna, esto es: no es requerido el carné de salud. Un enfermo grave puede recibir la sangre de un trabajador, del cual al momento de la donación, se presupone una condición física saludable. Luego de superar la condición aguda, el receptor puede ser o devenir en discapacitado con más derechos que el donante para estudiar y/o trabajar.

7. Experimento vs medicina preventiva.

Durante la época histórica de las enfermedades infecciosas, el enfermo acudía a golpear a la puerta del médico. [6] Pero al pasar a la era de las enfermedades degenerativas como el cáncer, cuyo curso es silencioso y destructivo, se invirtió el sentido de la asistencia: en vez de que los enfermos acudieran a los médicos, éstos empezaron a golpear en la puerta de los posibles enfermos, generando así la “medicina preventiva” por la aplicación del paradigma del diagnóstico precoz en las personas asintomáticas.

Para detectar las personas que sin saberlo podían estar cursando una enfermedad degenerativa, se apeló a los cribados poblacionales. Esta actividad corresponde a la epidemiología, la especialidad médica que surgió del estudio de las epidemias de enfermedades infecciosas y de ahí su nombre. Luego los estudios epidemiológicos se extendieron a las enfermedades y problemas de salud en general, analizados mediante diversos métodos, entre los cuales la demografía y la estadística son especialmente importantes. La epidemiología hoy es parte de la salud pública.

El carné de salud actual no es más que un conjunto de cribados poblacionales de una enfermedad transmisible (la sífilis) y no transmisibles como el cáncer. Está alineado con la máxima “más vale prevenir que curar” pero eso no siempre se cumple, como se verá más adelante.

Ahora bien, los cribados o chequeos no brindan resultados absolutos sino probabilísticos, porque ante la ausencia de síntomas, el resultado obtenido debe ser comparado contra una tabla de normalidad construida en base a estadísticas, las cuales no son sujeto de derecho en nuestro marco normativo. Un chequeo presenta cinco resultados posibles: verdadero negativo, verdadero positivo, falso negativo, falso positivo y sobrediagnóstico. Sólo los dos primeros son útiles para la persona, es decir, sólo dos en cinco. De modo que evaluar una persona sana (esto es, asintomática y que no manifiesta una alteración en su calidad de vida) en base a una tabla de normalidad, no constituye prevención sino un experimento. Según la Ley 18.335 que en su artículo 12 establece el requisito del consentimiento informado para los experimentos médicos, resulta que para exigir el carné de salud a un ciudadano se debería solicitar su consentimiento en vez de coaccionarlo.

8. Patologías vs factores de riesgo.

Puesto que una persona que se presenta al trámite para el carné de salud se siente sana, el protocolo por el cual se le evalúa no detecta patologías sino factores de riesgo. De presentar síntomas y/o una alteración en su calidad de vida, la persona recurriría a su médico de confianza en su servicio de salud usufructuando la cobertura que goza por el SNIS, en vez del médico que lo examina para el carné de salud.

Un factor de riesgo es lo que se puede evitar para disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Ni es necesario ni es suficiente para que se presente la enfermedad. Es expresión de una asociación estadística, no de causalidad. [7]

El carné de salud sólo investiga factores de riesgo, puesto que se aplica a personas asintomáticas. Siendo el factor de riesgo una probabilidad, cada ciudadano asintomático que se somete a un chequeo participa de un experimento cuyo resultado los epidemiólogos contabilizan para construir las estadísticas. Ahora bien: las estadísticas no son sujetos de derecho en nuestra normativa. Por lo tanto limitar los derechos individuales de un

ciudadano en base a los resultados estadísticos del carné de salud, constituye una violación a dichos derechos.

9. Factores de riesgo de 1ª y de 2ª.

El tabaquismo y la obesidad son considerados factores de riesgo asociados a múltiples patologías y el carné de salud no es condicionado a las personas que los presentan. Es discriminatorio que el carné de salud sea condicionado a las personas que presentan otros factores de riesgo.

10. Vacunación vs iatrogenia preventiva.

La presentación de las vacunas vigentes es uno de los requisitos para el carné de salud. Ahora bien, sabido es que las vacunas no son efectivas para todos los que las reciben. Por eso entre 1961 y 2005, en 19 países que imponían campañas de vacunación obligatorias, fue implementado un sistema de compensación a los receptores de vacunas dañados por las mismas. Su financiación proviene de fondos del estado y del aporte de los laboratorios fabricantes de vacunas. Las entidades que administran el programa y llevan a cabo los procedimientos, establecen por vacuna una tabla de daños susceptibles de reclamación que incluye: el tipo de vacuna, el acontecimiento adverso imputable y el intervalo temporal requerido entre vacuna y efecto adverso. Estas tablas son públicas y se modifican periódicamente, para incluir nuevas vacunas o acontecimientos adversos. Hay un debate permanente sobre las posibles vacunas o los acontecimientos adversos a incluir en el programa de vacunación. [8]

La vacunación obligatoria en Uruguay no contempla un sistema de indemnización compensatorio a los receptores de vacunas que sufren sus efectos adversos, sino tan sólo la exoneración de la obligación de vacunarse por la ordenanza 939/982, a quienes aportan una justificación médica. Sin embargo, entre 1994 y 2005 los niños de la familia Borgogno-Arce aún documentando que sufrían una reacción adversa a las vacunas infantiles no fueron exonerados de la obligación de recibirlas al amparo de dicha ordenanza. Al no obtener el canje de los certificados médicos por los de vacunación, los niños no pudieron matricularse en el sistema educativo y la familia decidió exiliarse en Argentina para proteger a sus hijos menores de edad. La arrogancia preventiva del estado uruguayo provocó a los niños la “muerte civil” al negarles “el derecho a la educación, el deporte, la recreación y la salud” y los condenó a la exclusión de la sociedad. En 2005 las nuevas autoridades de salud pública decidieron aceptar los certificados en canje por los de vacunación y pudieron regresar al país. [9]

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, comprende a las vacunas como “intervención médica preventiva” y por tanto sujeta al requisito del consentimiento informado de la persona.

11. Carné sanitario vs carné de salud.

Quienes realizan trabajo sexual, deben obtener el “*carné sanitario*” habilitante, el cual supone la realización de controles sanitarios periódicos. El fin es protegerlos de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que para ellos constituyen enfermedades ocupacionales, es decir, adquiridas en el ejercicio de su ocupación. En cambio el carné de

salud universal (idéntico para todos los trabajadores) no puede detectar las enfermedades ocupacionales específicas de todas las tareas.

12. Carné de salud y licencia de conducir amateur.

En la mayoría de los departamentos, la licencia de conducir amateur se obtiene luego de pasar un examen médico específico. En Salto y Durazno⁷ se requiere el carné de salud para la obtención del mismo documento. Por lo tanto la misma licencia de conducir amateur válida para ambos sexos en todo el territorio nacional, es accesible para las salteñas y duraznenses luego de presentar PAP y mamografía vigentes.

13. Prevención vs iatrogenia.

Desde 2006 hasta 2015 la franja etaria obligada por el carné de salud a someterse a mamografía cada dos años era el de las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años. A partir del cambio en 2015 por la ordenanza 842 del MSP, son las mujeres de entre 50 y 69 años las obligadas a mamografiarse cada dos años. Según las autoridades, en el rango 40-49 los daños por efectos adversos superan a los beneficios que promete dicho estudio.⁸ No está prevista la reparación a las mujeres que hayan sufrido esos daños mientras estaban obligadas a someterse a la causa de ellos.

Lejos de proteger la salud de las trabajadoras, desde 2006 el carné de salud produjo iatrogenia a las uruguayas cuarentonas. De modo que no es cierto que “más vale prevenir que curar”.

El British Medical Journal en [10] reporta que Uruguay es el único país del mundo en imponer la mamografía obligatoria sin fundamento científico y en [11] señala que la imposición uruguaya es antiética.

14. Carné de salud vs violencia de género.

El objetivo de promover la igualdad de oportunidades en el ejercicio del derecho al trabajo, fracasa por efecto del decreto que incluyó PAP y mamografía en el carné de salud, puesto que las mujeres deben someterse a dos chequeos más que los hombres de igual edad. Como consecuencia de ello, las mujeres son expuestas al riesgo de sufrir más iatrogenia preventiva que los hombres y eso constituye violencia de género.⁹

Si bien tanto hombres como mujeres pueden usufructuar el día de licencia para la realización de los chequeos preventivos del cáncer propios de su sexo, es discriminatorio que las mujeres estén obligadas y los hombres puedan hacerlo voluntariamente, así como también es abusivo que los chequeos de las mujeres no admitan técnicas alternativas disponibles y el de los hombres pueda ser elegido entre varias posibilidades.

⁷ Durazno: <http://durazno.gub.uy/portal/servicios/931-referenciados/articulos-referenciados/293-renovacion-de-la-licencia-emitida-por-la-intendenci> accedido el 22/3/2016. Salto: <http://www.salto.gub.uy/tramites-servicios/transito-transporte#519> accedido el 22/3/2016.

⁸ <http://www.elpais.com.uy/informacion/mamografia-advierten-sobrediagnosticos-comunidad-medica.html> accedido el 22/3/2016.

⁹ NOTA DE LA AUTORA. Como todo cribado, el PAP también presenta falsos negativos, falsos positivos y sobre diagnósticos seguidos de sobre tratamientos.

15. Sida vs sífilis.

Debido al compromiso de Uruguay con la OIT, por su Recomendación 200 sobre el VIH/sida y el mundo del trabajo, no se realiza del test de VIH (causante del SIDA) en el carné de salud. Esto supone que trabajadores que portan VIH o padecen SIDA, pueden desarrollar libremente su actividad. Por la ordenanza 567/015 el test de VIH se ofrecerá en el carné de salud para que cada trabajador otorgue su consentimiento informado verbal en caso de decidir realizárselo.

El VIH y la sífilis son ETS. La cruzada contra la sífilis iniciada por el terrismo hace casi 100 años y sin haber logrado erradicar esa enfermedad de nuestra sociedad, pervive hasta hoy porque la sífilis es investigada en el carné de salud por el VDRL (por su sigla en inglés, Venereal Disease Research Laboratory). Dicho estudio puede arrojar un falso positivo que requerirá un estudio adicional para confirmar o descartar el primer resultado. [12] y [13]

Luego de concurrir a tramitar el carné de salud y al salir con las manos vacías, ¿cómo le explica el paciente a su pareja que tal vez porte una ETS? ¿Y si es su pareja quien obtiene el VDRL sospechoso intentando obtener su carné de salud? Es inaceptable que el estado invada la privacidad y la intimidad de sus ciudadanos; el estado es un tercero en la cama como el farmacéutico de “Doña Flor y sus dos maridos”, la obra de Jorge Amado. Y como si fuera poco esta intromisión en las parejas uruguayas, por decreto se pretendió que por la sola declaración de una gestante diagnosticada con sífilis, la policía fuera tras la pareja sexual que habría sido el vector de contagio, con el fin de investigarla y tratarla. Padecer sífilis no es un delito y menos de dos años más tarde otro decreto eliminó la posibilidad de promover situaciones injustas.

16. HPV vs cáncer.

El cáncer de cuello uterino o cervical es causado por el virus del papiloma humano (HPV por su nombre en inglés) el cual es una ETS. Sin embargo no se realiza la detección precoz del HPV en hombres y mujeres. Sólo se realiza la detección de su consecuencia (cáncer cervical) en las mujeres.

Si bien el VDRL sustituyó la inspección directa para detectar sífilis, el PAP obligatorio en el marco del carné de salud para detectar tardíamente el cáncer cervical, supone no sólo para las trabajadoras sexuales sino para todas las uruguayas, soportar el espéculo como el pene del estado.

V. CONCLUSIÓN

De los cinco resultados posibles de un chequeo, tres (verdadero positivo, falso positivo y sobre diagnóstico) son útiles para el sistema que lo provee porque desencadenan actos médicos posteriores. El carné de salud gratuito es el señuelo de una estrategia de reclutamiento de pacientes-clientes: cuando el producto o servicio es gratuito, el producto es el consumidor. La obligatoriedad de consumir servicios de salud es soberbia e irresponsable porque genera un mercado cautivo de ciudadanos y alimenta la demanda inducida por el proveedor. El estado debiera velar por los intereses del actor más débil en la relación entre proveedor y consumidor. El estado sólo debería garantizar el derecho al acceso a dichos

servicios y productos cuando libremente cada ciudadano los requiera. De esta forma preservará la salud como un derecho y evitará que se constituya en un commodity.

Cuando el ciudadano intenta acceder a una oferta laboral y luego mientras como trabajador ocupa un puesto de trabajo, debe demostrar que está apto y sano mediante el carné de salud. Cuando incurre en ausencia laboral por enfermedad, debe presentar constancia médica de la causa y el tratamiento indicado. Excepto como donantes de sangre, para el biototalitario estado uruguayo todos los trabajadores no son aptos y están enfermos mientras no demuestren periódicamente lo contrario.

El paternalismo no mejora la calidad de vida al ciudadano ni le impide sufrir quebrantos de salud. Prueba de ello es la alta tasa de ausentismo laboral documentada por certificaciones médicas reportadas ante el BPS siendo que “*Los trabajadores de la salud son los que más se enferman.*”¹⁰ Y más grave aún, el paternalismo y su arrogancia preventiva pueden condenar al ciudadano (especialmente las ciudadanas) a ser víctima de iatrogenia y a sufrir efectos irreversibles hasta la incapacidad como consecuencia de ella, a causa del carné de salud.

Los jueces y fiscales deben vivir de acuerdo a las leyes que nos imponen a los demás, de lo contrario son juzgados y condenados como cualquier ciudadano. Los médicos determinan arbitrariamente el ejercicio de derechos individuales de todos los ciudadanos en base a criterios que no aplican para ellos mismos.

Los decretos y ordenanzas son técnicamente normas de menor rango que las leyes. Por aplicación de los principios de jerarquía y derogación, si hay contradicción entre dos normas prevalece aquella de mayor jerarquía y si ambas tuviesen la misma jerarquía, ha de prevalecer la más reciente sobre la más antigua. De la libreta de prostituta instrumentada en el milenio pasado, al imperio del carné de salud universal en la actualidad, Uruguay evolucionó en un estado de anti derecho basado en dos bibliotecas en conflicto: la que reúne las leyes respetuosas de los derechos humanos y la biototalitaria constituida por normas inaplicables, ya sea por jerarquía o por antigüedad.

El voto obligatorio es una violación de la libertad individual y por ende una violación a los principios básicos sobre los cuales se fundamenta cualquier régimen democrático. Por eso en Uruguay fue establecido en 1934 por el dictador Terra mediante el plebiscito que impulsó para aprobar la reforma constitucional que lo impuso. En pleno siglo XXI, la policía sanitaria es el gendarme del voto obligatorio puesto que sólo un médico del MSP puede certificar que el ciudadano presente en el territorio nacional no pudo cumplir con la obligación de votar, como mandata la Constitución terrista.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- FOUCAULT, Michel. “Derecho de muerte y poder sobre la vida” en *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. 1976.
- FOUCAULT, Michel. “Disciplina” en *Vigilar y castigar*. 1975.
- FOUCAULT, Michel. “Economía política de la medicina” en *La vida de los hombres infames*. 1990.

¹⁰ <http://gestiondepersonas.org.uy/bps-gasta-us-6-millones-mensuales-en-certificaciones-medicas/> accedido el 22/3/2016.

- TROCHON, Yvette. “De grelas, cafishios y piringudines...” en BARRAN, José et al. *Historias de la vida privada en el Uruguay: individuo y soledades, 1920-1990, tomo 3*. 1997.
- SICA, Marlene. “Enfermedad del ébola” en *Versión taquigráfica de la sesión del día 21/10/2014*. <http://www.parlamento.gub.uy/distribuidos/AccesoDistribuidos.asp?Url=/distribuidos/caratulas/senado/s20142936.htm> accedido el 22/3/2016
- ARMIJO ROJAS, Rolando. “Epidemiología básica en atención primaria de la salud”. Ediciones Díaz de Santos, 1993.
- GÉRVAS, Juan y PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes. “Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria” en *Gaceta Sanitaria*, Vol.20, 2006 Supl. 3:66-71. <http://www.gacetasanitaria.org/es/uso-abuso-del-poder-medico/articulo/13101092/> accedido el 22/3/2016.
- TUELLS, José. “Razones para un programa de compensación de daños por acontecimientos adversos relacionados con vacunas en España” en *Elsevier, Medicina Clínica*, Vol. 140. Núm. 12 (2013). doi: 10.1016/j.medcli.2013.01.043. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-razones-un-programa-compensacion-danos-90204439> accedido el 22/3/2016
- ARIE, Sophie. “Uruguay’s mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged” en *British Medical Journal*, 2013. BMJ 2013;346:f1907 <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1907> accedido el 22/3/2016.
- THORNTON, Hazel. “Bringing an end to mandatory breast cancer screening in Uruguay” en *British Medical Journal*, 2014. BMJ 2014;348:g390 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g390?ijkey=c6S57MpN9FUaoz2&keytype=ref> accedido el 22/3/2016.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Islay et al. “Falsos biológicos positivos por VDRL en el diagnóstico serológico de la sífilis” en *Rev Cubana Med Trop* 2006;58(1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol58_1_06/mtr15106.htm accedido el 22/3/2016.
- SANGUINETI-DÍAZ, Cecilia. “Pruebas de laboratorio en el diagnóstico de la sífilis” en *Dermatología Peruana* Vol. 10, Suplemento N° 1 (2000). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v10_sup1/pruebas_lab.htm accedido el 22/3/2016.

Fecha de recepción: 14 abril 2016.

Fecha de aprobación: 15 mayo 2016.

