

(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos

Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja

**Niki Johnson, Alejandra López Gómez,
Graciela Saprizza, Alicia Castro, Gualberto Arribeltz**

**Con la colaboración de: Alicia Alemán, Miguel Andreoli,
Elina Carril, Constanza Moreira, Carolina Pallas,
Grazzia Rey, Oscar Sarlo y Marcela Schenck**

Art.2

**"Fondo Universitario para Contribuir a la
Comprensión Pública de Temas de Interés General"**



Colección Art.2

**(DES)PENALIZACION
DEL ABORTO EN URUGUAY:
PRACTICAS, ACTORES Y DISCURSOS**

Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja

(DES)PENALIZACION DEL ABORTO EN URUGUAY: PRACTICAS, ACTORES Y DISCURSOS

Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja

**Niki Johnson, Alejandra López Gómez,
Graciela Sapriza, Alicia Castro
y Gualberto Arribeltz**

Con la colaboración de:

**Alicia Alemán, Miguel Andreoli, Elina Carril,
Constanza Moreira, Carolina Pallas, Grazzia Rey,
Oscar Sarlo y Marcela Schenck**



**UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA**
URUGUAY



CSIC
COMISIÓN
SECTORIAL DE
INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA

COLECCIÓN ARTÍCULO 2

A efectos de cumplir con el mandato contenido en la Ley Orgánica a través de su Artículo Segundo, se ha creado el “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”, cuyo objetivo es financiar proyectos en torno a temas de relevancia nacional e interés público.

La Colección Artículo 2 reúne, en esta primera edición, los resultados del llamado 2008. Una comisión evaluadora compuesta por Hugo Achugar, Luis Bértola, Pablo Carlevaro, Gerardo Caetano, Álvaro Díaz, Rodolfo Gambini, Adela Pellegrino y Juan Piquinela fue la encargada de seleccionar aquellos proyectos que actualmente han culminado con la elaboración de seis libros:

- La matriz energética: una construcción social.
- Intensificación agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural.
- La inserción internacional de Uruguay en debate.
- La desafiliación en la educación media y superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas.
- (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja.
- Hacia la despenalización del aborto: el rol de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

ISBN: 978-9974-0-0725-3

1a edición: 2011.

Maquetación: Javier Carlés y Marina Rivero.

Diseño de tapa: Paula Cruz.

Queda hecho el depósito que marca la ley.

Impreso en el Uruguay - 2011

Índice

Prólogo	9
Presentación del libro	11
Introducción	13
Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. “Aborto libre”: la corta experiencia uruguaya (1934-1938)	19
<i>Graciela Sapriza</i>	
La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay	65
<i>Alejandra López Gómez, Gualberto Arribeltz, Alicia Alemán, Elina Carril, Grazzia Rey</i>	
Secreto profesional y aborto	111
<i>Carolina Pallas</i>	
Una mirada jurídica sobre el aborto. Normativa, dogmática y práctica judicial	125
<i>Alicia Castro</i>	

Aportes para la discusión del problema del aborto en Uruguay desde perspectivas jurídicas	163
<i>Oscar Sarlo</i>	
El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario	185
<i>Niki Johnson</i>	
Despenalización del aborto y representación política en el laico Estado uruguayo: moral/voluntad privada vs. moral/voluntad pública	229
<i>Constanza Moreira</i>	
La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales	237
<i>Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Marcela Schenck</i>	
Las consideraciones éticas del veto contra la despenalización del aborto en Uruguay	265
<i>Miguel Andreoli</i>	
A modo de conclusión	285
Anexos	293
I. Ley 9.763, Declárase delito el aborto (enero 1938)	293
II. Proyecto de ley aprobado por el Parlamento (noviembre 2008)	295
III. Veto parcial del Poder Ejecutivo (noviembre 2008)	302
IV. Ley 18.426, Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (noviembre 2008)	304
Sobre las y los autores	309

Prólogo

La Universidad al servicio de la República

Los fines de la Universidad de la República (UdelaR) están establecidos en el artículo 2 de su Ley Orgánica. Uno de ellos es “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Se trata, en breve, de poner el conocimiento al servicio de la sociedad; ésa es la médula del ideal latinoamericano de Universidad. Acercar los ideales a la realidad nunca es fácil; exige innovar una y otra vez. Con vocación autocrítica y renovadora, el Consejo Directivo Central de la UdelaR definió, en sus jornadas extraordinarias del otoño de 2007, los lineamientos orientadores de una nueva Reforma Universitaria; con esa perspectiva se ha trabajado desde entonces. Una de las iniciativas dirigidas a revitalizar aquel ideal es la creación del **Fondo Universitario para la comprensión pública de temas de interés general**, que por cierto toma su nombre de la precedente cita de la Ley Orgánica. Apunta a promover el estudio de temas relevantes y frecuentemente polémicos, poniendo a disposición de los ciudadanos interesados elementos de juicio que permitan la elaboración de opiniones informadas y propias.

Cada año la conducción colectiva y democrática de la institución define una lista de temas prioritarios; luego se realiza un llamado a propuestas que serán presentadas por equipos multidisciplinarios interesados en estudiar tales temas, con un apoyo financiero previsto en el presupuesto universitario. Cada propuesta seleccionada debe dar lugar a la publicación de material impreso y/o audiovisual, así como a la organización de encuentros u otras formas

que se estimen pertinentes para comunicar a la ciudadanía el resultado de los estudios. Cada equipo orienta su labor de acuerdo a su leal saber y entender, en el contexto del pluralismo inherente a la genuina labor universitaria.

En 2008 se escogieron los siguientes “problemas de interés general”, todos ellos referidos a la situación nacional:

- Inserción internacional
- Matriz energética
- Permanencia y conclusión de los estudios en los diversos niveles de la enseñanza
- Despenalización del aborto
- Impactos del aumento del área agrícola y las modificaciones experimentadas por los sistemas agrícolas ganaderos en el período 2002-2008

Hoy la Universidad pone a disposición de la República estos aportes a la búsqueda de alternativas para afrontar grandes cuestiones. Anima a la institución la vocación de contribuir –con tanta modestia como tesón– a los debates ciudadanos en los que día a día se consolida y enriquece la democracia uruguaya.

Rodrigo Arocena
Junio de 2010

Presentación del libro

Esta publicación recoge los principales resultados del estudio (*Des*) *penalización del aborto en Uruguay. Prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*, realizado por un grupo de investigadores/as de distintas disciplinas y servicios de la UdelaR, con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). El proyecto fue presentado al llamado del Fondo Universitario para contribuir a la comprensión pública de temas de interés general, 2008, promovido por la UdelaR en cumplimiento del artículo 2 de su Ley Orgánica. El Consejo Directivo Central definió para esa convocatoria cinco temas prioritarios, entre ellos, la despenalización del aborto.

El proyecto tuvo como principal cometido generar conocimiento que contribuya a la comprensión pública del fenómeno del aborto y las distintas perspectivas en torno a su (des)penalización en Uruguay. Entre sus objetivos específicos se destacaban ofrecer un estado del arte sobre los hallazgos de investigación disponibles a nivel nacional que den cuenta de distintas dimensiones de la realidad del aborto; caracterizar la práctica del aborto voluntario en Uruguay y las respuestas institucionales ante esta problemática; reconstruir y analizar los debates políticos históricos y contemporáneos sobre la despenalización del aborto en el país, identificando los principales actores políticos, sociales, religiosos y académicos que han participado de ese debate; y ubicar la realidad del aborto voluntario y el debate político-social en el país en el contexto regional e internacional.

El equipo se propuso mediante el análisis de fuentes primarias y la revisión de fuentes secundarias confiables ubicar estos objetivos en el período post-dictadura (1985-2009), si bien se registraron hitos relevantes previos a estos años, por su significación histórica, política y social. En el marco de la investigación se relevó la producción académica nacional sobre el tema del aborto y su despenalización; esta base bibliográfica está disponible, junto con la versión electrónica de esta publicación, en el sitio web de la CSIC (www.csic.edu.uy). El trabajo de campo y el procesamiento y análisis de la información recabada se realizó durante el año 2009. Al ser un tema de la actualidad, constantemente se generan nuevos acontecimientos y datos relevantes para su consideración. Aunque sí se registraron y analizaron aquellos hechos que sucedieron durante el período de trabajo de campo (2009), fue imposible incluir aquí los sucesos de la etapa posterior (2010), durante la cual este libro se estaba preparando para su publicación.

El 4 de noviembre de 2008, en la Sala Maggiolo de la UR se presentó este proyecto con la presencia del equipo de trabajo y las autoridades universitarias. Ello tuvo lugar en el marco del tratamiento y debate público y parlamentario del proyecto de ley de Defensa al derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, dando una clara señal del interés y la preocupación de esta Universidad en la búsqueda de una resolución política y social a esta problemática.

Esperamos que en estas páginas, los y las lectoras, ciudadanos y ciudadanas de Uruguay, puedan encontrar un aporte para la reflexión acerca de una temática altamente sensible y compleja que afecta la vida cotidiana de mujeres y varones.

Introducción

La ley penal vigente en Uruguay desde el año 1938 (Ley N° 9.763 de 24 de enero de 1938) considera al aborto como delito, salvo cuando se practique por haber riesgo de vida para la mujer, previendo que el juez pueda eximir o atenuar la pena cuando haya sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación y mediando circunstancias especiales¹. Esta disposición legal fue la respuesta a la normativa establecida en el Código Penal de 1934 que descriminalizaba el aborto consentido por la mujer. La aprobación por el Parlamento a tapas cerradas del Código Irureta Goyena en diciembre de 1933, pocos meses después del golpe de Estado de Gabriel Terra, colocó al Uruguay como una excepción en el mundo. Desde los primeros días de enero de 1934, juristas, médicos, políticos y obispos católicos confrontaron ideas y propuestas, presentándose varios proyectos de ley con la intención de modificar esta situación. Finalmente, luego de un largo debate en el Parlamento se llegó a una “negociación” entre los diversos sectores en pugna en ese momento y el aborto fue nuevamente tipificado como delito, resultando un “remiendo católico en un tejido liberal”, como lo calificara en ese momento el reconocido médico Augusto Turenne².

(1) Se preven cuatro situaciones: violación, honor, angustia económica y causas graves de salud de la mujer.

(2) El capítulo de Sapriza en esta publicación abarca el período histórico de la despenalización del aborto en Uruguay.

En los largos años de vigencia de esta ley ha quedado demostrada su ineficacia dado que la interrupción voluntaria del embarazo sigue siendo una práctica ampliamente extendida en el país sin que se haya ejercitado cabalmente la posibilidad jurídica de reprimir y condenarla. Se constatan que se han producido muy pocos procesamientos y condenas –que remiten casi exclusivamente a situaciones de muerte de la mujer involucrada– sin que los casos amparados como eximente o atenuante de pena funcionaran regularmente por no haberse habilitado las condiciones de acceso a servicios de salud. En gran medida esto ha sucedido porque la tipificación del aborto como delito siempre y la ambigüedad para habilitar las causales referidas lo hicieron inimplementable (Dufau, 1989)³.

Lo único que ha generado y promovido esta ley punitiva, es la práctica clandestina, realizada en condiciones de riesgo, que impacta en la salud, el bienestar y la vida de las mujeres. La criminalización del aborto no parecería tener como principal objetivo la reducción de la práctica sino el condicionamiento y la generación de un clima de condena afianzado en una doble moral con la correspondiente culpabilización y juzgamiento social de las mujeres que muestran evidencia de haberse practicado un aborto. Este contexto social y legal, salvo excepciones, se mantuvo durante décadas.

A partir de 1985, con la recuperación de la democracia en el país, el debate social y parlamentario sobre la despenalización del aborto adquirió densidad e intensidad. El hecho de que se hayan presentado seis proyectos de ley a nivel parlamentario en los últimos 23 años (entre 1985-2007) da cuenta del interés por adecuar la norma a la realidad social. El tratamiento legislativo en cada uno de los proyectos presentados y la persistencia de la penalización admite varias lecturas posibles, en las que se perfilan o se transparentan negociación política, intereses electorales y la influencia de poderosos sectores preocupados por mantener el *statu quo*⁴. A pesar de las modificaciones del marco legal que introdujo la Ley N° 18.426 del 1° de diciembre de 2008, debido al veto interpuesto por el Poder Ejecutivo no se obtuvo la despenalización y el debate social sobre aborto se ha mantenido, con períodos de mayor presencia en la agenda pública y ampliación sostenida de las voces que toman partido por la despenalización⁵.

El debate social sobre aborto acompaña el proceso de recuperación, re-construcción y profundización de la vida democrática en el país y está

(3) Los aspectos jurídicos de la despenalización del aborto son tratados en los capítulos de Castro y de Sarlo en este libro.

(4) Para un análisis del tratamiento legislativo de la despenalización del aborto, ver el capítulo de Johnson.

(5) Para una discusión del veto, ver los capítulos de Moreira y de Andreoli en esta publicación.

atravesado por las tensiones inherentes a los procesos de transformaciones culturales profundas que vive una sociedad. Por ello, la correlación de fuerzas a nivel social y la ampliación de la base social de apoyo al cambio legal, se deberá analizar tomando en cuenta este contexto. Algunos indicadores de ese proceso son los resultados que muestran las encuestas de opinión pública que sobre aborto se vienen realizando en el país desde 1990. El cambio en la opinión pública es notable en los últimos años. De porcentajes que ubicaban, en la década de los '90, en el 25% la aceptación del derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, a porcentajes que en el año 2004 alcanzan el 63% (Selios, 2007), guarismo que se mantiene en las encuestas más actuales⁶.

En la arena internacional, el debate sobre los derechos de las mujeres, y en particular sobre los derechos sexuales y reproductivos, se instala a partir de los años '60. Desde entonces las organizaciones feministas y de mujeres bregaron por el reconocimiento de estos derechos. Hacia la década de los '80, la feminista Marge Berer introduce el término “derechos reproductivos” (Correa y Petchesky, 1994) y desde entonces a la fecha se verifica un proceso de legitimación del tema, no sin que esto transitara por un campo de tensiones muy importantes, tanto en los escenarios nacionales como internacionales (Abracinskas y López Gómez, 2001).

Estos derechos fueron progresivamente reconocidos por el sistema de las Naciones Unidas (en las conferencias mundiales sobre Derechos Humanos, Viena 1993; Población y Desarrollo, El Cairo 1994; de la Mujer, Beijing 1995), donde se consolida el compromiso político y ético de los Estados de garantizar en los escenarios nacionales medidas tendientes al pleno ejercicio de estos derechos, en tanto que derechos humanos. De esta forma, el lenguaje de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos se incorpora en las Plataformas de Acción de las mencionadas conferencias, ubicando a los Estados en su triple rol de protectores, garantes y responsables en generar las condiciones para su pleno ejercicio.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el campo de las políticas públicas de salud en Uruguay se inicia hacia el año 1996, particularmente a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Hasta esa fecha, el predominio de un enfoque materno-infantil en el diseño de las políticas públicas ubicaba a la mujer en su rol de madre, teniendo como resultado el desarrollo de programas centrados en la atención del embarazo y el parto y en el binomio madre-hijo. Esto generó indicadores

(6) El capítulo de Johnson, López Gómez y Schenck ofrece un panorama del estado de la opinión pública y de los movimientos sociales promotores y detractores de la despenalización del aborto.

epidemiológicos en salud materna y perinatal de buena performance, comparados con el resto de los países de la región. Pero también invisibilizó y desconoció el abordaje de otros aspectos vinculados a la salud integral de las mujeres y a la responsabilidad y participación de los varones en las decisiones reproductivas⁷.

La persistencia de la problemática social de la práctica del aborto voluntario con sus consecuencias en riesgos de salud, riesgos de vida, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que impone la clandestinidad son asuntos que progresivamente han adquirido visibilidad y consideración pública. El aborto ha salido del dilema de la práctica privada para colocarse como un asunto social, sanitario y político de relevancia para la convivencia democrática (Carril y López Gómez, 2008; Sanseviero et. al., 2003; Abracinskas y López Gómez, 2004 y 2007).

Durante mucho tiempo, los servicios de salud no incorporaron las situaciones de aborto en sus modelos de atención. Si bien se asistía a mujeres con complicaciones post-aborto, las reacciones de los servicios y del personal, variaban notablemente en la medida que no existía normativa sanitaria que orientara la práctica profesional. Prevalcieron el silencio y el ocultamiento impuestos por la ley que rige en el país y en la medida que ésta nunca fue reglamentada, los servicios de salud carecían de indicaciones acerca de cómo proceder frente a estas situaciones y el tipo de atención y trato a las mujeres quedaron sujetos a la actitud individual del personal asistente⁸.

En el año 2001 se produjo un incremento de muertes de mujeres vinculadas a la práctica del aborto inseguro, situación que coincide con la agudización de la crisis económica y de las condiciones de exclusión social de amplios sectores de la población. El incremento de los indicadores de morbilidad materna y el aborto inseguro como la principal de sus causas independientes, dejaron en evidencia la dimensión sanitaria del problema (Briozzo, 2002). La reacción y posicionamiento público de los profesionales de la salud más vinculados a esa problemática fue un factor que coadyuvó a la redimensión del problema. A finales de 2002 se crea, a instancias de ginecólogos del Centro Hospitalario Pereira Rossell vinculados a las Cátedras de Ginecología de la Facultad de Medicina (UdelaR), el grupo Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo que propondrá dos años después las normativas de atención pre y post-aborto para la disminución del riesgo

(7) Los aspectos sociales y sanitarios del aborto en Uruguay son tratados en el capítulo de López Gómez *et al.* en esta publicación.

(8) Asuntos tales como el secreto profesional y objeción de conciencia en la práctica de los profesionales de la salud se abordan en el capítulo de Pallas.

(adoptadas por el Ministerio de Salud Pública, bajo resolución ordenanza N° 369 del 4 de agosto de 2004).

La existencia de esta normativa debería haber marcado una diferencia sustantiva en el abordaje de los servicios de salud, en la medida que esta norma reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado de tener información para poder tomar una decisión, así como la atención integral y de calidad en el post aborto inmediato. La no implementación de esta normativa en todos los servicios de salud del país y la falta de difusión amplia de la misma en la población hizo que este recurso fuera poco conocido por las mujeres y por los profesionales que se desempeñan en los servicios de salud. No se dispone de información oficial sobre el número de personas beneficiadas pero se conocen estudios que analizan el grado de implementación de normativas sanitarias en salud sexual y reproductiva, incluida la ordenanza N° 369 y el conocimiento que profesionales y usuarias tienen de ello (MYSU, 2008 y 2009)⁹.

Considerar la despenalización del aborto voluntario como un asunto de derechos humanos, salud pública, justicia social y convivencia democrática enfrenta a otras concepciones con diferentes sustentos ideológicos y religiosos que apuntan más a aspectos ontológicos y a sistemas de creencias particularistas. En la última instancia parlamentaria, que culminó con la aprobación de la Ley N° 18.426, los legisladores aprobaron la despenalización del aborto consentido por la mujer dentro de ciertos límites razonables, pero el veto interpuesto por el Ejecutivo frustró las expectativas, no habiéndose podido obtener la mayoría calificada que exige la Constitución para derrotar el veto presidencial.

De modo que este conflicto, instaurado en el filo del siglo XX, persiste sin solución legal, co-existiendo de manera superpuesta iniciativas institucionales, discursos y prácticas sociales e individuales que las contradicen, por lo que este tema se constituye en un nudo paradójico que requiere de abordajes complejos e interdisciplinarios. La problemática del aborto constituye un escenario privilegiado para los y las investigadores, ya que da cuenta de las concepciones ideológicas y filosóficas sobre una constelación de asuntos vinculados a la sexualidad, la reproducción, el amor y la libre disposición y control sobre el cuerpo de las mujeres –las principales involucradas– cuestiones que remiten, en definitiva, a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, lo laico y lo confesional, entre otros.

(9) La normativa comenzó a ser aplicada en el Sistema Nacional Integrado de Salud en enero de 2011 en el marco de la reglamentación de la Ley 18.426.

Bibliografía citada

- Abracinskas, L. y A. López Gómez (2001). “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Advocacy desde la sociedad civil organizada”, Seminario Regional sobre ONG y Gobernancia, organizado por el Programa MOST-UNESCO, Montevideo (noviembre).
- Abracinskas L. y López Gómez, A. (2004). *Mortalidad materna, salud y aborto en Uruguay. Un escenario cambiante*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. y A. López Gómez (coords.) (2007). *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condicines de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: SMU.
- Carril Berro, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce.
- Correa, S. y R. Petchesky (1994). “Reproductive and sexual rights: A feminist perspective”. En G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (eds), *Population policies reconsidered. Health, empowerment and rights*, Cambridge, Mass.: Harvard Center for Population and Development Studies/International Women’s Health Coalition.
- Dufau, G. (1989). *Regulación jurídica del aborto en el Uruguay*. Montevideo: GRECMU, Serie Documentos.
- MYSU (2008). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008*. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2009). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009*. Montevideo: MYSU.
- Sanseviero, R., S. Rostagnol, M. Guchín y A. Migliónico (2003). *Condena, tolerancia y negación: El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.
- Selios L. (2007) “La opinión pública, la democracia representativa y el aborto”. En L. Abracinskas y A. López Gómez (coords.), *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.

Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. “Aborto libre”: la corta experiencia uruguaya (1934-1938)

Graciela Sapriza

Introducción

El deseo de las mujeres de ser dueñas de su propio cuerpo sigue siendo una reivindicación controvertida. Las feministas de principios de siglo XX lograron el reconocimiento de los derechos educativos, políticos y civiles para las mujeres (voto, divorcio, patria potestad compartida, fijación mutua de domicilio, reconocimiento de bienes gananciales) y las de la “segunda ola” retomaron esas reivindicaciones, incorporándoles otras esferas, las de la vida cotidiana, las relaciones personales traducidas en una aspiración a la equidad entre los géneros, con algunas conquistas importantes. Sin embargo, aún está pendiente ese “derecho al cuerpo propio”.

La no resolución del tema encuentra explicación en la complejidad de asuntos que se tramitan alrededor de la reproducción y su control. Estos van desde el trazado de políticas de población, al rol de la familia en la sociedad y el de la mujer dentro de ella. Desde la “cuestión social” y la preocupación por el porvenir de “la raza” hasta los avances del poder médico y la contención de las parteras.

Nuestro historiador mayor, José Pedro Barrán¹, en *Historia de la sensibilidad en el Uruguay* (1989-1990) planteó la transición de la mentalidad bárbara a la civilizada a través del disciplinamiento. En esta obra describió “el pasaje que hizo nuestra cultura del castigo del cuerpo a la vigilancia del alma” (Barrán, 1992a: 133-134). Por cierto ninguna otra interpretación de la “identidad uruguaya” –desde las ciencias humanas²– ha tenido tal capacidad de explicación y a su vez tanta difusión debido a que “esta historia le habla a la gente de sus problemas porque yo hablé de los míos”, como él mismo expresó (ídem).

El aborto sigue siendo un problema y un dilema para muchos. Instaurado en el filo del siglo XX, aún hoy este conflicto no ha tenido una resolución legal, co-existiendo de manera superpuesta iniciativas institucionales, discursos y prácticas sociales e individuales contradictorias, constituyendo un nudo paradójico que requiere de abordajes complejos. Al enfocar el tema damos cuenta de concepciones ideológicas y filosóficas sobre una constelación de asuntos vinculados a la sexualidad, la reproducción, el amor y la libre disposición y control sobre el cuerpo de las mujeres –las principales involucradas–, que remiten en definitiva a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, lo laico y lo confesional, entre otros.

El abordaje histórico incorpora el señalamiento hecho por Barrán sobre el fenómeno de la extensión de la práctica del aborto en el novecientos como parte de los cambios que introdujo la modernización en el país, interpretándolo incluso como una señal de la rebeldía femenina ante el mandato de la maternidad:

Tal fue la violencia de la rebelión femenina en pro del aborto y la inclinación de la sociedad en pro del control de la natalidad, evidentes en el Uruguay a partir de 1890 que la realidad alcanzó el ámbito de la ley con el nuevo Código Penal de

(1) José Pedro Barrán (1934-2009), profesor titular de Historia del Uruguay y Director del Departamento de Historia del Uruguay de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UdelaR.

(2) Y la medida de esa capacidad de cambiar la mirada de la historia la da este juicio de otro historiador: “Obra de excepcional repercusión social esta historia de la sensibilidad removió intensamente los objetivos de la preocupación historiográfica, marcando [...] una inflexión mayor en el desarrollo de la disciplina histórica en el país. Con similar potencialidad polémica, el abordaje de los temas de la enfermedad y la muerte, el cuerpo y la salud, el poder del médico y la sujeción del «paciente», así como las creencias, los mitos y los miedos implícitos en una sociedad que se «modernizaba» (pero que dudaba entre los «beneficios del progreso» y las certidumbres de la tradición) ha dado a la siguiente obra de Barrán *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos* el carácter de un revulsivo a las convenciones historiográficas sostenidas incluso por las dos primeras generaciones de la Nueva Historia”. (Zubillaga, 2002: 314-315).

1934 que despenalizó el aborto bajo la condición única de que se realizara con el consentimiento de la mujer. (Barrán, 1995: 110)

El historiador dejó planteado a la vez un programa de investigación futura:

Esta despenalización crea un problema interesante y complejo a la historiografía que merecería, por cierto, un estudio pormenorizado. José Irureta Goyena, autor material del Código de 1934, líder de los grandes estancieros, filosóficamente positivista y tan anticlerical como antibatllista, fue el impulsor de esta medida liberal extrema que aún hoy se discute en el Uruguay y ello bajo la dictadura socialmente conservadora de Gabriel Terra. (Ídem)

¿Cómo se explica esta medida tan radical en el panorama de una América Latina predominantemente católica? Una legislación original aún en el contexto mundial –solo la URSS de entonces había legalizado el aborto en 1920 y en 1936 Cataluña durante la Guerra Civil. Esa particularidad que encierra la historia uruguaya del siglo XX, constituye un desafío para la investigación –aún cuando la despenalización se mantuviera por un corto período, la ley No. 9.763 de 1938 volvió a penalizarlo. La despenalización del aborto en el Uruguay en fecha tan temprana abre interrogantes que se intentan descifrar en este capítulo.

La despenalización del aborto en Uruguay

En diciembre de 1933 –meses después del golpe de estado de Gabriel Terra– el Parlamento aprobó a tapas cerradas un nuevo Código Penal³, conocido como “Irureta Goyena” debido a su autor, el prestigioso jurista de la época. Por sus nuevas disposiciones se despenalizó el aborto y se admitió la eutanasia, llamada homicidio por piedad. La medida tomó de sorpresa a muchos sectores, en particular a los católicos y conservadores. Desde los primeros días de enero de 1934, juristas, médicos, políticos y obispos católicos confrontaron ideas y propuestas. Finalmente, la presión de grupos de distintas tendencias logró penalizar el aborto en 1938, luego de intensas negociaciones en el Parlamento y en la prensa.

Esos años constituyen un momento privilegiado para la investigación porque resumen tres décadas de un debate alrededor del cuerpo, la sexualidad

(3) El nuevo Código Penal fue aprobado el 4 de diciembre de 1933, pero sufrió postergaciones en su puesta en vigencia hasta el 1 de julio de 1934. Se citará en adelante como Código Penal de 1934.

y la reproducción. La libre disposición y control sobre el cuerpo son los términos de una especial confrontación que remiten en definitiva al conflicto entre lo individual y lo colectivo en el escenario de la modernidad. Instaurado en el filo del siglo, este conflicto constituye el centro de debates y argumentaciones que articulan distintos discursos sobre la vida privada y las relaciones íntimas. Algunos de esos discursos se perfilan con mayor nitidez, las propuestas de las feministas conforman uno, el discurso médico es quizás su interlocutor privilegiado, pero comparten un mismo espacio con el católico de viejo cuño, el de los “librepensadores” y el de los políticos progresistas.

Las profundas transformaciones que estaban ocurriendo en la sociedad, a nivel de la vida cotidiana, en la intimidad de las familias, en sus formas y contenidos fueron presentadas como “misterios de la vida privada” por María Abella, la maestra feminista de principios de siglo⁴. Su documento muestra un momento de transición en la definición de los roles sexuales, habla del inicio de un proceso de conformación de la individualidad, un “despegue” de los/as individuos/as de la coerción de lo colectivo.

La despenalización del aborto de 1933 trasladó este debate a la esfera parlamentaria y produjo algo singular –lo convirtió en un tema político. La reproducción humana, algo aparentemente del orden de los afectos, perteneciente a la vida privada, interesaba a gobernantes, parlamentarios, juristas y obispos. La sexualidad fue investida de su verdadera dimensión política, dejando en evidencia que población, política y razones de Estado estaban en el mismo paquete y que las mujeres en su calidad de reproductoras de la especie, eran visualizadas como una función de esas variables.

De estos temas trata el trabajo que desarrollamos en el capítulo. Identificamos los discursos sobre la mujer y la femineidad, en particular el discurso médico, pero también descubrimos las prácticas transgresoras de mujeres y comadronas haciendo caso omiso de las reglas y las normas. Develamos no sólo la incidencia, sino el sustento que brindó a esta medida el recurso a la Eugenesia (una corriente pseudo-científica ampliamente extendida durante el período de la entre guerra, 1918-1939). La prensa generó opinión y los políticos se sintieron convocados a dar respuesta a este conflicto. Acerca de la mediación política y sus resultados finales se refiere la última parte de este capítulo.

(4) El “Programa mínimo de reivindicaciones feministas” de María Abella fue aclamado de pie en el Congreso del Libre Pensamiento realizado en Buenos Aires en 1906.

Transición demográfica y cambio moral

La temprana transición demográfica procesada a comienzos del siglo pasado y la práctica extendida del aborto como método anticonceptivo constituyen el telón de fondo de la despenalización del aborto ocurrida en los años de la dictadura de Terra.

Al “antiguo régimen demográfico” con una alta natalidad y también alta mortalidad –sobre todo infantil– le sucede un descenso de los dos índices, iniciando la transición hacia una demografía “moderna”. Resulta difícil establecer con precisión cuándo comienza a procesarse este cambio. Para los historiadores Barrán y Nahum (1979), aún en 1890 se nacía a la “antigua” y se moría a la “moderna”, es decir se tenían altos índices de natalidad y bajos índices de mortalidad. Sostuvieron que la población del país

[...] crecía con espectacularidad, incluso sin necesidad de aporte inmigratorio, mucho más con él. Inglaterra en 1890 veía crecer su población a un ritmo anual de 13,30 por mil habitantes. El Uruguay asistió en la década de 1880-90 a un crecimiento vegetativo del 22,75 por mil de promedio anual. Esta estructura demográfica –generadora de hombres– respondía sin duda a un sistema económico, político y social que los devoraba porque los necesitaba [...]. Habíamos nacido como un país vacío de hombres, el siglo XIX lo colmó. La escasísima densidad inicial de población hizo necesarios los altos crecimientos vegetativos y los elevados índices de inmigración. Así sucedió hasta por lo menos 1880-90 que la baja mortalidad y la alta natalidad hallaron ecos en las necesidades económicas y políticas de una nación que necesitaba brazos para construir, sin embargo, una estructura que una vez concluida no requeriría demasiados: la del Uruguay ganadero y portuario, con sus vacunos y ovinos, su comercio de tránsito centrado en Montevideo y Salto; el Uruguay inestable de las guerras civiles, consumidor de hombres en todos los planos. (Barrán y Nahum, 1979: 28-29).

Los años 1890-1905 presencian la quiebra del modelo demográfico del siglo XIX. Notorios cambios económicos –entre ellos la decadencia del comercio de tránsito–, acompañados de otras transformaciones en la cultura y las mentalidades, produjeron este resultado que se refleja en distintos planos: lenta disminución de la tasa de natalidad, menor volumen de los aportes inmigratorios del exterior y emigración de uruguayos hacia los países vecinos (Rodríguez Villamil y Sapriza, 1982).

Desocupación y emigración fueron la secuela inevitable del período 1890-1905. Luego de 1905, la industrialización y sobre todo la baja pronunciada de la natalidad,

se encargaron de ir remediando el problema, lo que no quiere decir solucionándolo, ya que la estructura que lo había originado seguía indemne. (Barrán y Nahum, 1979: 35)

La apuesta sobre la población viró de la cantidad a la calidad. El médico obstetra Augusto Turenne preguntaba en sus conferencias sobre anticoncepción, “¿debemos ser más o debemos ser mejores?” (Turenne, 1926). Pronto se recomendó el control de los nacimientos. “Hay actualmente [...] una tendencia poderosa a limitar el aumento de los hijos; tendencia creada por condiciones económicas en buena parte y por circunstancias de variada índole en otros casos, pero que siempre produce un resultado positivo: el decrecimiento de la natalidad”, decía la médica feminista Paulina Luisi (1919: 8). El neomalthusianismo se difundía rápidamente en un medio propicio.

Si para Barrán y Nahum (1979) este proceso se sitúa en el novecientos, otros enfoques (Pollero, 1994) introducen matices a la afirmación. En estas investigaciones, de corte demográfico, se subraya la dificultad para obtener datos, dado lo esporádico de los registros. Entre los dos primeros Censos Nacionales de Población de este siglo (1908 y 1963) median 55 años. “El primer Censo Nacional del siglo XX corresponde al periodo en que la transición comenzaba a procesarse y el segundo se realiza cuando la transición ya está terminada o casi terminada” (Pollero, 1994: 10). Señalan además la necesidad de tener en cuenta las tasas diferenciales de fecundidad (desagregando los datos en mujeres urbanas y rurales, por ejemplo, inmigrantes y criollas, de sectores obreros, populares, medios y/o altos, etc.) para poder definir qué sectores de la sociedad inician esa transición, y llaman la atención sobre la escasa confiabilidad de los datos de nupcialidad, por el alto número de uniones y nacimientos ilegítimos que se observan en el país en ese período.

Aun teniendo en cuenta éstas y otras limitaciones, se puede sostener que en nuestro país el inicio de la transición de la fecundidad “sucede en la década de 1920 o más precisamente en el quinquenio anterior, de 1915-1919 al mismo tiempo que en los países de Europa meridional y prácticamente cinco décadas antes que la mayoría de los países latinoamericanos” (Pollero, 1994: 8). Este fenómeno sólo es comparable al de Buenos Aires y parte del litoral argentino (Torrado, 1993).

En la década del ‘30, el descenso de la natalidad era un hecho que se podía constatar y que, además, causaba alarma. En esos años se publicaron informes que denotaban esa inquietud. Entre ellos un artículo del Dr. Julio Bauzá, publicado en *Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, donde demostraba que la natalidad había descendido entre 1925 y 1934 de 25,42 a 20,69 o/oo, es decir en cifras redondas, un cinco por mil (Turenne, 1937: 500). En la tesis de graduación *Historia y análisis estadístico de la población del Uruguay* de Edmundo Narancio y Capurro Calamet (1939) se hacía ver “la importancia del descenso

de la natalidad en nuestro país”. Trazan una gráfica para el periodo 1881-1935, donde se visualiza una flecha descendente –con algunas mesetas– que indica el descenso de los nacimientos⁵ (Narancio y Capurro, 1939: 103-104).

Recursos anticonceptivos

¿Cómo se llegó a ese modelo con tan escasos recursos anticonceptivos y poco conocidos? Una de las formas de reducir el número de nacimientos fue propiciar el matrimonio tardío, como había sucedido anteriormente en Europa, aunque no la única. Se recurrió al coitus interruptus elusivamente llamado “escamoteos de alcoba”, también al condón –cuyo uso se extiende en la época para prevenir enfermedades venéreas. Pero el aborto se presentó como el principal regulador de los nacimientos. Tan extendida debe haber sido su práctica que la prohibición y penalización del aborto, establecida por el viejo Código de 1889, no había impedido que fuera práctica común contraceptiva.

Los métodos anticonceptivos de la época se resumen en tres grupos, de acuerdo a la presentación de Turenne, convencido propagandista del *birth control*. En primer término todos los métodos anti-concepcionales “primitivos”: químicos, mecánicos o funcionales (preservativos y pomadas antiespermáticas, pesario, coitus interruptus, etc.) que no eran recomendados por los ginecólogos por ser de eficacia deficiente y además, su aplicación “es a veces incompatible con las intimidades de la vida conyugal o cuyos resultados pueden ser funestos para el equilibrio psico-físico de los cónyuges” (Turenne, 1937: 449-453).

Los pesarios cervicales e intra-cervicales, tampoco eran aconsejados porque la constante irritación ejercida sobre el útero podía constituirse en determinantes del cáncer uterino. Se ensayaba con esterilización por irradiación (rayos X, radium y mesotorio) pero la inseguridad de resultados hacía desaconsejar su empleo. Se realizaba la esterilización temporaria por inclusión ligamentaria del pabellón tubario, pero exigía una laparotomía, es decir una operación quirúrgica.

(5) “Basta echar una ojeada a los cuadros gráficos que acompañan estas observaciones, para darse cuenta de inmediato de la importancia que asume el descenso de la natalidad en nuestro país. De acuerdo con los valores reales, es decir, aquellos que determinan el movimiento cíclico, de un índice de 43,21%. que corresponde a un promedio de 22.192 nacimientos para una población media de 513.537 almas durante el quinquenio 1881-85, se baja a un índice de 21.55%. correspondiente a un promedio de 42.661 nacimientos para una población media de 1.979.329 habitantes durante el quinquenio 1931-35. El índice ha descendido, en 55 años un 21.66%. Más del doble.” (Narancio y Capurro, 1939 : 103-104)

Ya avanzado el siglo, en la década del '30 se difunde el método Ogino-Knauss, incluso con la cauta aprobación de la Iglesia Católica que en la Encíclica *Casti Connubis* (1930) aceptó expresamente las relaciones sexuales de los cónyuges sin fines procreativos. Este método se basaba en el reciente descubrimiento de los ciclos hormonales en la mujer y la abstención de relaciones sexuales durante los “periodos fértiles”.

Finalmente quedaba en el campo de la experimentación, la “esterilización biológica”. Fue necesario esperar hasta la década del '60 con el advenimiento de la pastilla, el logro de lo que Turenne adelantaba como “la provocación de un estado humoral anti-espermático” cuyo secreto estaría en “el despertar de un proceso que la Naturaleza emplea y que explica ciertas infecundidades transitorias o definitivas que el más delicado y preciso examen es incapaz de aclarar” (Turenne, 1937: 449-453).

Neomalthusianos, librepensadores y anarquistas compartieron la preocupación por el control de la natalidad, el destino de la familia, el futuro de la especie –para algunos la “raza”. Las conferencias, debates y artículos publicados sobre la reproducción tuvieron un efecto secundario; que la sexualidad humana fuera un tema público. No sólo se habló, se moralizó y se humanizó la sexualidad al incluir al amor como uno de sus componentes centrales.

La transición demográfica, iniciada en el país a comienzos de siglo XX, se explica en un contexto de cambios económicos, ideológicos, políticos y también morales. La creciente secularización de la vida cotidiana, y el desplazamiento de la Iglesia Católica y sus representantes, se vivió con enorme intensidad en el país. La conformación del Estado y la ampliación de su esfera de acción conforman otro de los rasgos distintivos del periodo. El Estado pasó a ser el principal demandado y el referente obligado para legitimar cualquier iniciativa particular, proviniera de “las mujeres en revuelta”, de la corporación médica, de los sectores populares, de los industriales o de los ganaderos.

En este escenario se ubican dos propuestas medulares alrededor del cuerpo y la sexualidad: el discurso médico y la irrupción de las corrientes emancipatorias feministas –que confrontan en un mismo espacio con el católico de viejo cuño, el de los “librepensadores” y el político progresista. El Estado será, en definitiva, quien tendrá que resolver este especial conflicto.

Sin llegar a provocar una revuelta, las feministas⁶ cuestionaban la organización de la sociedad. Se organizaron en diferentes asociaciones para

(6) Se podrían rastrear las raíces del feminismo en la década del '70 del siglo XIX, contemporáneo al debate sobre la educación pública y las normalistas que acompañaron la reforma vareliana. También el intento de la maestra María Abella de fundar en 1909 en el Ateneo una filial del Consejo de Mujeres. Aparece una constante en el feminismo uruguayo, en el sentido de que éste se inserta en el debate político, en el eje ciudadanía-exclusión (y liberalismo-clericalismo), recostándose

conseguir los derechos políticos y civiles, básicamente el sufragio, considerado como “la piedra angular de todos los derechos”. El Consejo Nacional de Mujeres fue fundado por Paulina Luisi en vísperas de la discusión sobre la Reforma Constitucional (1916). La Alianza Uruguaya por el Sufragio Femenino (1919), también fundada por Luisi, respondió a una radicalización de sus demandas. En el cuestionamiento que llevaron adelante, dirigido a la conquista de los derechos individuales, incluyeron la modificación de los roles sexuales dentro de la familia⁷. Algunas de las posturas de las feministas –en particular aquellas referidas a los derechos reproductivos– fueron compartidas por una constelación de grupos que mantenían importantes diferencias ideológicas en otros planos⁸. Su reivindicación del derecho al cuerpo y a la libre decisión sobre el número de hijos a tener planteó un desafío que pronto encontró respuestas en los intentos disciplinadores de distintas instituciones.

Producción de un discurso médico sobre la femineidad

El cuerpo médico, en pleno proceso de legitimación, asumió el papel de creador de normas morales destinadas a los grupos “subalternos”: niños, locos y sectores populares. También se constituyó en interlocutor privilegiado de

se al aparato político-estatal e insertándose con mucho menor incidencia en las organizaciones de la sociedad civil, como es el caso de las sociedades filantrópicas que contaban con una participación femenina incuestionable pero que no tuvieron definición feminista. Estos rasgos lo distancian del argentino en el que la matriz del movimiento feminista se encuentra en estas sociedades civiles.

(7) La documentación habla de reclamos referidos a las relaciones personales, a la constitución de la familia, la sexualidad y el cuerpo. Un discurso pronunciado por María Abella en 1906, durante el Primer Congreso del Libre Pensamiento, constituye un paradigma de estos postulados que en definitiva apuntaban a un proyecto transformador de la vida cotidiana. El “Programa mínimo de reivindicaciones feministas” contenía 17 puntos, planteando reformas al matrimonio, el reconocimiento del divorcio y el derecho de las mujeres a la patria potestad compartida. Exigió el derecho de la mujer a administrar sus bienes, establecido por contrato matrimonial. El divorcio debía ser absoluto, bastando el pedido de una sola de las partes sin necesidad de expresar las causas, porque “la ley no debe entrometerse a escudriñar las relaciones íntimas de los esposos, los misterios de la vida privada” (art.11). Sexualidad, amor y derecho a un cuerpo propio se vinculaban en el discurso de esta feminista. “La mujer soltera y mayor de edad es dueña de sí misma: su cuerpo es lo que más legítimamente le corresponde, puede hacer de él lo que quiera, como el hombre” (art. 16); agregando “que no haya mujeres deshonradas por el delito de amar hasta olvidarse del cálculo” (art. 4, cursivas en el original), “suprimir la prisión por adulterio, pues este puede considerarse un delito de amor, y se ha dicho que por amor no se castiga” (art. 12). (Abella, 1965: 23-24)

(8) Era frecuente en los ateneos ácratas la convocatoria a debatir “la unión libre” y el control de la natalidad. Durante el desarrollo de la Primera Guerra Mundial, los socialistas llegaron a proponer la “huelga de vientres” para no proporcionar soldados a las guerras.

ese conjunto de mujeres librepensadoras, anarquistas, feministas o socialistas y de la mujer en general en tanto sector subordinado.

En una sociedad crecientemente secularizada, los argumentos religiosos ya no eran eficaces para justificar la inferioridad femenina. Los médicos fueron portavoces del cambio de actitud en la justificación y racionalización del sexismo. La ginecología –el discurso médico sobre la mujer– la describió como un enfermo en estado natural. La gestación, la menstruación “las enfermedades propias”, “la influencia que su estado general puede tener sobre sus funciones propias, así como recíprocamente las modificaciones que sus enfermedades sexuales pueden tener sobre él. ¿Quiérese un conjunto más vasto y digno de atención?”, decía Turenne en 1908 (Barrán, 1992: 76).

El discurso médico también definió a las mujeres como potencialmente peligrosas para la salud de los hombres. En el impulso de conquistar el cuerpo femenino como campo de experimentación médica, los médicos instauraron el culto a la invalidez femenina, cuya culminación fue la histeria⁹. Más adelante ayudaron a construir el estereotipo de “madre”, como única función verdaderamente “natural” para la mujer¹⁰.

Cuando la ciencia médica enfrentó los dos “males del siglo” –la tuberculosis y la sífilis– visualizó a la mujer como ángel o prostituta, víctima o victimaria. La conexión entre la tuberculosis y la innata debilidad femenina se veía confirmada por el hecho de que la tuberculosis solía ir acompañada de trastornos emocionales diversos. El comportamiento característico de esta

(9) El aburrimiento y el aislamiento en el ámbito doméstico de las mujeres de sectores medios y medios altos, exacerbó el culto a la hipocondría. En la sociedad occidental, la “invalidez femenina”, cuyos orígenes se remonta a mediados del siglo XIX no desapareció por completo hasta principios de la década de 1920. La enfermedad dominaba la cultura femenina, los balnearios medicinales y los especialistas en dolencias femeninas se multiplicaban por doquier y llegaron a constituir el entorno habitual de las damas de sociedad. Era aceptable y refinado incluso, permanecer en casa con “migraña”, “crisis nerviosas” y un sinfín de dolencias misteriosas. Esta moda no se fundamentó en los riesgos reales que amenazaban a las mujeres, sino que se apoyó en las racionalizaciones de la profesión médica. Los textos de estudio de nuestra Facultad de Medicina provenían de los manuales utilizados en Francia, Estados Unidos y otros países centrales. Los primeros egresados de la Facultad de Medicina completaban su formación, especializándose en Francia, España, o Estados Unidos. Un estudio sistemático de los textos con los que se formaron nuestros médicos, así cómo de las tesis de doctorado presentadas por los aspirantes al título, revelaría la ideologización a la que estuvieron sometidas las pacientes mujeres en el período.

(10) Lo relativo de esas “verdades científicas” queda expuesto claramente en un libro de divulgación médica, escrito en nuestro país por el Doctor Pedro Bergali, “Maternidad” de 1892. En el capítulo primero dedicado a “La Gestante” recomienda a las mujeres que tienen dificultades con la formación del pezón realicen diariamente ejercicios de succión con pezonera. Aunque en su parecer: “el mejor método sería la succión natural y directa hecha con la frecuencia debida y por una persona inteligente, y que a nuestro juicio, nadie se halla en mejores condiciones que el esposo de la gestante. En defecto de ello puede emplearse un perrito de raza grande, pero de pocos días, para evitar que con sus dientes dañe el pezón que chupa” (Bergalli, 1892: 15).

enfermedad se adecuaba perfectamente a la supuesta personalidad femenina y el aspecto físico se adaptaba muy bien a los cánones de belleza femenina dominantes que probablemente la propia enfermedad contribuyó a crear. La mujer tuberculosa personificaba la identidad femenina; los ojos brillantes, la piel transparente y los labios encendidos eran sólo una exageración de la belleza femenina tradicional. No sólo se consideraba enfermizas a las mujeres, sino que la enfermedad misma se consideraba femenina. En cuanto a la sífilis se cargó todo el peso de la culpa a la prostituta, “cloaca inmunda” al decir de los médicos uruguayos de comienzos de siglo. En la prostituta se descargó todo el poder médico, se las aisló en el “sífilicomio”, se las sometió a revisiones periódicas para autorizarlas a ejercer (exigencia del “reglamentarismo”). Humillaciones que hicieron solidarizarse a las primeras feministas con sus “hermanas”. Paulina Luisi encaró el tema denunciando la doble moral y asumiendo una postura “abolicionista”. Polemizó –en particular con sus colegas médicos– en una serie de artículos recopilados más tarde en *Otra voz clamando en el desierto* (Luisi, 1948).

Santín Carlos Rossi, uno de nuestros primeros psiquiatras, rastreó en “El criterio fisiológico” (1919) el origen sexual de la histeria, definida como patología femenina: “la opinión que atribuye origen sexual a las psico-neurosis es tan antigua como la medicina pues el nombre de la más dramática de aquellas, la histeria, fue tomada por Hipócrates de su pretendida etiología uterina” (Rossi, 1919: 165). La percepción y aún la información de que la histeria podía ser la manifestación de una sexualidad reprimida por la imposición de un doble código moral, uno estricto para la mujer, otro permisivo para el hombre, no llevó a que Rossi reconociera en esa desigualdad de roles sexuales una transgresión a las leyes “naturales y biológicas” que él recomendaba respetar.

Por el contrario, Rossi buscó justificar esa disparidad de roles al decir que el instinto sexual –o impulso genésico– era mucho más apremiante en el hombre que en la mujer. Resultaba claro para él que la mujer “sentía menor deseo” que el hombre; la continencia en la mujer era más fácil dado que

[...] es perfectamente concebible la castidad si, por medios higiénicos y una gran elevación moral, la abstinencia no es “forzosa” [...], pero el hecho de que las personas del sexo femenino tengan un mecanismo desintoxicador de elementos reproductores que funciona periódicamente (menstruación), significa que es muy posible que del punto de vista estrictamente fisiológico la eliminación de las secreciones sexuales se haga espontáneamente cuando llegan al máximo equilibrio con el organismo. (Rossi, 1919: 167)

Estos conceptos fundamentaron el ideal de la mujer candorosa que manifestaba menor deseo que el hombre y que aceptaba los avances masculinos sólo en función de cumplir el “mandato biológico” de reproducir la especie.

Numerosos productos de la época: novelas, folletines, artículos de divulgación, las propias canciones de moda, alimentaron el imaginario colectivo sobre la femineidad, victimizando a las mujeres, apenas un objeto pasivo del deseo del hombre. Aún una feminista como Paulina Luisi (1919: 9), dirá lo mismo: “la madre [es] en el acto concepcional un ser pasivo”. En nuestro folclore ciudadano ha quedado registrada la imagen de “la costurerita que dio el mal paso”, la virgen seducida y abandonada, que el poeta Evaristo Carriego ayudó a construir.

Los vaivenes del optimismo reformista y la coyuntura de la crisis

Por debajo de la tónica optimista del Uruguay de los años veinte, los de la “siesta liberal” a la que aluden Caetano y Jacob (1989), a partir de 1916 comienza a producirse lo que se ha llamado “la quiebra del modelo” (Benvenuto, 1969). Se registra entonces una verdadera “reacción conservadora” (Caetano, 1996), radicalizándose los partidos y sectores políticos que representaban a los sectores ganaderos y emergiendo estos mismos como grupo de presión mediante la Federación Rural, creada en 1915. Ellos pretendían –y lograron hasta cierto punto– neutralizar el proyecto reformista. De allí en adelante el batllismo es obligado a contemporizar, adoptando una política de compromiso, o como bien lo definió Real de Azúa, de “trámite y usura”. Es también, según Barrán (1989b: 10),

[...] el tiempo en el que se cobija y alimenta poco a poco el deterioro económico sobre el cual caerá como un mazazo la crisis mundial del sistema capitalista de 1929 y 1930 [...]. Hubo, sin embargo, un último impulso de ese reformismo inquietador de estructuras. Ambientado por los resultados electorales de 1930, la crisis mundial que arreciaba, y el pacto entre batllistas y nacionalistas no herreristas, los años 1930, 1931 y 1932 parecen revivir el fuego de 1911, 1912 y 1913 [...]. 1931 es el año en que algunas esperanzas del viejo reformismo parece que se aventan definitivamente. Ya no se cree con la fe de antes que sea posible la modificación profunda de las estructuras agrarias para proporcionar el pleno empleo, como se había pensado –tal vez más que intentado– en 1911 y en 1916 [...]. Desde este ángulo, el segundo impulso batllista, como lo ha llamado Raúl Jacob, es también el impulso de la desesperanza, el de la comprobación de la fuerza, que se piensa invencible, del enemigo señalado a fuego por el presidente Batlle y Ordóñez en 1911: el latifundio, la ganadería extensiva, el despoblamiento de la campaña, la dependencia absoluta de la exportación de lana y alimentos.

En el marco de ese “segundo impulso” reformista con realizaciones importantes en el aspecto económico es que se aprueba la ley que concede el voto a la mujer, en diciembre de 1932. Si bien el golpe de Estado de marzo de 1933 cerró el ciclo de las reformas sociales, lo que los sociólogos han llamado políticas redistributivas, y se apostó a una de “acumulación”, en donde se operó el descenso de la presión salarial, algunas concreciones del periodo anterior dieron a luz luego de la ruptura institucional. Así sucedió, por ejemplo, con el nuevo Código Penal, que si bien se presentó para su aprobación en 1933, llevaba tres largos años de preparación. Encargado, inicialmente, al Colegio de Abogados por el Consejo Nacional de Administración, éste designó para su revisión y modificación del antiguo Código al jurista José Irureta Goyena. El hecho –¿coincidencia?– que este último fuera uno de los más preclaros dirigentes de la reacción conservadora antibatllista y fundador de la Federación Rural, junto a Carlos Reyles, generó una gran confusión –que se arrastra hasta hoy– facilitando que la obra fuese asimilada a una realización del “terrorismo”¹¹. Estas circunstancias dificultan la cabal comprensión de las modificaciones introducidas por el nuevo Código y nos referimos a las dos más importantes a nuestro juicio: la despenalización del aborto y la eutanasia.

El aborto en la escena política

Ya lo hemos dicho, lo reiteramos ahora, ¿cómo se explica, si no es con el recurso al aborto, la temprana transición demográfica, madura ya en los años 20? ¿Cómo se produjo sino, con lo limitado de los métodos anticonceptivos de la época? Los testimonios evidencian que la interrupción del embarazo –una medida contracepcional– se había convertido en el recurso más difundido de la época para evitar o disminuir los nacimientos. “Todo Montevideo aborta [...]. La mitad de las mujeres que hoy figuran en Montevideo me deben la Vida, la salvación de su honra”, decía “una partera excelente” entrevistada, aparentemente, por el poeta Julio Herrera y Reissig en *El pudor y la Cachondez*, obra de 1902 que no publicó en vida, entre

(11) Así sucedió en la interpretación de algunos dirigentes políticos del periodo, el diputado comunista Eugenio Gómez por ejemplo, acusó a Irureta de haber copiado el Código fascista italiano (Rocco), que era un instrumento reaccionario. La aclaración de las circunstancias que rodean a la redacción de este Código la hizo el articulista del diario opositor a la dictadura de Gabriel Terra, *El País*, que hacía ver que, por el contrario, pertenecía a la intención progresista de la anterior administración.

otras cosas porque revelar estos secretos resultaría demasiado escandaloso (Herrera y Reissig, 1992: 130-131).

Aún Paulina Luisi (1916), que justificaba el aborto en algunos casos, se alarmaba frente al fenómeno: “En el último Congreso Médico [1916] se consideró urgente el estudio del problema del aborto, cuyas prácticas [...] destruyen tantas vidas y arruinan tantos organismos femeninos”. En ese Congreso, su colega Turenne (1929: 13) presentó un informe con datos que evidenciaban el crecimiento “geométrico” del número de abortos en el país, frente al crecimiento matemático de los partos realizados en los hospitales. Este médico se refería al fenómeno como “aborto criminal” aunque argüía que las razones económicas habían sido decisivas en la mayoría de los casos de aborto que él trató.

Los médicos reaccionaron alarmados por el crecimiento del “aborto criminal” e identificaron a las parteras como las principales responsables, “presentando la intervención como segura e inofensiva”. Las parteras a su vez ofrecían sus servicios en la prensa. “Curaciones sin dolor” o “Una consulta a tiempo puede ser su felicidad” publicaba *La Tribuna Popular* en la sección avisos económicos del 10 de julio de 1916, la misma fecha en que se realizaba el Congreso Médico Nacional. Las parteras se identificaban con nombre y apellido, lo que indicaría que si el aborto se escondía, era un secreto compartido por muchos o un hecho que todos conocían.

Turenne presentó más tarde cuadros estadísticos sobre “el crecimiento pavoroso de los abortos”, en una conferencia pronunciada en 1926 en el Sindicato Médico.

Los cuadros siguientes son más elocuentes que todos los discursos. De su estudio se deduce que la proporción de abortos a partos que en mi servicio clínico era de 2,05% en 1899, sube a 10,14% en 1908, a 21,69% en 1914, para llegar a 44,80% en 1923. El ligero descenso que se anota en 1924 y 1925 responde al funcionamiento del pabellón de ginecología del Hospital Pereira Rosell en cuyas salas se asisten numerosos abortos que hubieran seguramente engrosado los porcentajes de la Casa de Maternidad. Ese cuadro muestra también que si desde 1899 hasta 1925 la cifra anual de partos apenas se ha quintuplicado (x 5.40), los abortos han llegado en 1924 a ser 120 veces más que en 1899. (Turenne, 1926: 4-5)

Turenne afirmaba que en su servicio se asistieron 3.444 abortos desde 1917 hasta 1925 a los que él sumaba los asistidos en los diferentes Servicios de los Hospitales y los de los grandes Sanatorios (Italiano, Español, Inglés, Fraternidad) llegando fácilmente a 8.500 o 9.000 abortos en nueve años.

Pero hay más aún. En los Hospitales no vemos más que los abortos descarrilados por hemorragia e infección. Cuántos, particularmente en la clientela pudiente

observamos, para los que “por si acaso” somos llamados y en los que con una discreción profesional, inmerecida por nuestras enfermas, decimos por lo bajo, frente al tercero: mujer, marido, partera, lo que Rigoletto a los cortesanos: Han tutti fato il colpo! (Turenne, 1926: 4-5).

Más allá de las opiniones y las condenas, el aborto se había impuesto en forma arrolladora, poniendo de manifiesto “la violencia de la rebelión femenina en pro del aborto y la inclinación de la sociedad en pro del control de la natalidad”, como sostuvo Barrán (1995: 110), agregando, “esta «victoria» femenina sobre el poder médico y los valores éticos tradicionales se pagó con el costo en salud de las mujeres de los sectores populares”. Ideas que quedaron plasmadas a lo largo de un artículo del diario *La Mañana*. El articulista era el abogado Horacio Abadie Santos que mantuvo una posición de apoyo a las nuevas disposiciones del Código Penal, como también lo hizo el catedrático de derecho Salvagno Campos.

Este flagelo [el aborto] es también un “mal del siglo” [...] afirmamos que no es indiferente en absoluto mantener escrita la sanción o suprimirla. Mantenerla escrita, aunque inaplicada, causa más daño que si se la suprime. Las muchachas pobres e ignorantes en lugar de someterse a la acción docente y profesional de los médicos ginecológicos u obstetras que actúan en los servicios públicos y gratuitos, son atraídas hacia los antros de las comadronas que han llegado a utilizar en algún caso, las varillas de los visillos o cortinados tal como lo describió el autor de “Fecondité”.

Ya sabemos todos que la dama linajuda de las clases ilustradas puede ser impune y elegantemente intervenida por hábil cirujano bajo color de apendicitis en lujoso apartamento de un sanatorio, mediante pago de gruesos honorarios. Es de una injusticia irritante que el peso de la ley determine la muerte de la mujer desvalida e ignorante.

Una ley penal que lejos de ser eficaz opera psicológicamente multiplicando los riesgos letales, debe ser derogada [...] porque no puede lograrse la aplicación efectiva de sus sanciones, ni evitarse la consumación del acto prohibido. (*La Mañana*, 29 de abril de 1935).

Las argumentaciones de Abadie Santos remataban en que la extensión del aborto era un hecho y la penalización poco efectiva:

Se observa que dentro de la doctrina penal de la política criminal que hemos adoptado en nuestro país, la represión del aborto consensual no debe admitirse ya, porque los hechos se llevaron por delante las pragmáticas en todos los países del globo y a tal punto que podemos proclamar que con la ley penal o sin la ley penal, tanto da. (*La Mañana*, 29 de abril de 1935)

Estos argumentos deben haber tenido peso, también contaron otros: el reconocimiento de que las mujeres “querían” tener menos hijos y para ello recurrían al aborto más allá de su legitimidad o no a nivel legal. Pero nos permitimos afirmar que la incidencia de la eugenesia constituye el sustento ideológico-“científico” de mayor peso de esta medida legal.

El recurso a la eugenesia

En el período a estudio se aprobaron diferentes políticas de salud y población destinadas a beneficiar a la infancia, a la mujer-madre y a la familia. En este apartado intentaremos avanzar en la indagatoria, interpretando la despenalización del aborto como una medida más del eugenismo que inspiraba esas políticas.

Lo sugiere la constante invocación a esta ciencia –y no sólo como recurso retórico– antes y durante el proceso de discusión que se abrió a fines de 1934, con la puesta en vigencia del Código Penal de José Irureta Goyena, y se cerró a comienzos del año 1938, con la nueva penalización de la interrupción del embarazo. El núcleo de nuestra indagación se destina a despejar estas interrogantes, centrándonos en la fatigosa negociación entre quienes abonaban la medida como adecuada a las necesidades de nuestra población (de las mujeres principalmente) y aquellos que la interpretaron como “medidas eugenésicas reñidas con el espíritu cristiano”.

¿Se puede relacionar la eugenesia, una ciencia que pretendía garantizar buenos nacimientos, con la práctica del aborto? Parece un contrasentido, y ese fue el argumento utilizado por los sectores católicos. Sin embargo, el aborto estuvo en el centro del debate de la eugenesia para evitar los nacimientos “disgénicos”. La anticoncepción, el aborto y la esterilización fueron temas de la “eugenesia negativa”.

Para Jiménez de Asúa, el eminente jurista español, que tanta influencia y relación personal tuvo con médicos y juristas uruguayos, la eugenesia comprendía dos grandes sectores: la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de limitar la maternidad inconsciente. En *Libertad de amar y derecho a morir* (1942) expuso:

Los hombres de derecho han de enjuiciar, en el primer sector, la valía de la lucha contra las enfermedades sexuales, el tipo delictivo del contagio venéreo y la utilidad del certificado médico prenupcial; en el segundo aspecto deben dictar su fallo sobre los medios de poner límite a la maternidad inconsciente, juzgando la licitud o legitimidad de la esterilización, del aborto y de los medios anticoncepcionales. [...] ¿Podría

permitirse el aborto en ciertos casos? [...] Las sociedades contemporáneas tienen más finura y más sensibilidad que las pretéritas. Y por eso [...] comienzan a interrogar si es delito el aborto, cuya pregunta me sobrecoge desde hace años [...] solo me propongo subrayar la decadencia de su represión y las excepciones justificativas o excusantes en ciertos casos necesarios o sentimentales, como antecedente preciso para enjuiciar, desde el plano eugenésico de la maternidad consciente, la facultad de interrumpir el embarazo de una mujer que no desee dar a luz. (Jiménez de Asúa, 1942: 77)

Despliega luego las diferentes teorías sobre la impunidad del aborto, citando en primer lugar al francés Spiral, que inició la revisión de la penalidad del aborto; luego se detiene en el alemán Eduardo von Liszt –autor citado por todos los que intervienen en el debate sobre aborto–, que avanzó significativamente en ese sentido, al definir al delito como el ataque a un bien jurídico y la negación de que el feto sea una persona, y por tanto sujeto de derecho; y continúa diciendo que de la misma forma lo calificaba Radbruch; señala que en el Congreso de la Reforma Sexual, llevado a cabo en 1928 en Copenhague, el sabio alemán Hirschfeld propuso que si bien ha de lucharse contra el aborto, no debe ser considerado como delito¹²; Jiménez termina diciendo, “en lengua española se ha postulado la impunidad del aborto por el doctor uruguayo Miguel Becerro de Bengoa” (Jiménez de Asúa, 1942: 79).

Traducciones locales de la eugenesia

Una encuesta planteada por Alejandro Gallinal entre sus colegas médicos en 1920 motivó que el Dr. Miguel Becerro de Bengoa publicara *Gotas Amargas* en 1922, donde sostenía la necesidad de aceptar el aborto para las solteras. Las respuestas de los otros médicos serán publicadas recién quince años después, en pleno debate sobre el “aborto libre”, y vale aclarar que ningún otro médico de los 67 que respondieron a la consulta justificaba el aborto.

Becerro de Bengoa había llegado a la conclusión extrema de que era necesario despenalizar el acto como forma de proteger a las madres solteras abandonadas: “constituyendo el aborto entre las solteras el 50% de los que anualmente se producen, [...] la mujer embarazada no tiene otra solución para defenderse con éxito de la saña social que es el aborto.” Y, más importante todavía, afirmó que el legislador, en lugar de dictar leyes para castigar a la

(12) La chilena Grossi Aninat (1941) manejaba los mismos conceptos del “bien jurídico” y las mismas fuentes doctrinarias que las citadas por Jiménez –Spiral y von Liszt–, recurriendo a similares argumentaciones de paliar las consecuencias que traía el aborto.

mujer que aborta, debería ofrecerle armas para defenderse: “encontrar esas armas es lo difícil, pero es lo útil; dictar leyes penales para las mujeres es muy fácil, pero es también inútil”. Agrega, “todas las leyes serán ineficientes, mientras sólo se ocupen de los abortos; producido el embarazo, es a él a quien se teme no a la ley; a la mujer deben dársele armas para defenderse, en lugar de darle leyes para castigarla; debe castigarse al burlador, no a la burlada”. Becerro afirmaba en esta obra que “el 28% de la natalidad es de hijos naturales” (Becerro de Bengoa, 1922: 8, 17 y 25). Aunque posiblemente exagerara, se aproximaba bastante a la realidad, si se tienen en cuenta las cifras que proporcionaron los Anuarios Estadísticos en ese entonces. La ilegitimidad, el abandono de niños, el infanticidio, la mortalidad infantil, constituían el corno de los higienistas y eugenistas. A la hora de considerar las consecuencias para la población del país y la salud de mujeres y niños, el aborto fue puesto en el mismo rango que los anteriores. Aborto y abandono de niños fueron los temas de las conferencias dictadas por Irureta Goyena en la Universidad cuando se encontraba en pleno proceso de redacción del Código Penal. Fue allí quizás donde adelantó que no consideraba que el aborto fuera delito.

La obra de Jiménez de Asúa fue la base de argumentación de médicos, abogados y políticos eugenistas rioplatenses de los años ‘30 y ‘40, casi al mismo nivel que las apoyadas en la obra del endocrinólogo Gregorio Marañón. En *Libertad de amar y derecho a morir* se recogen tres conferencias de Jiménez de Asúa dedicadas a la eugenesia, dictadas por primera vez en el Paraninfo de la Universidad en Montevideo. El impacto de este teórico en el Río de la Plata es incuestionable no sólo por las reiteradas citas a su obra, en artículos de prensa, folletos médicos e incluso actas parlamentarias, sino por el interés en editar localmente su obra. El 2do y 3er. ensayo de *Libertad de amar y derecho a morir* fueron publicados por primera vez en Uruguay en junio de 1925¹³.

El jurista Irureta Goyena abordó los dilemas filosóficos y morales que planteaba el aborto en conferencias dictadas en la Universidad de la República en 1932. Moralmente condenaba a quien lo cometiese; si era un varón, dejaba de ser “un hombre de honor” y “cuando una mujer lo ejecuta se rebaja al nivel de una prostituta”, pero al mismo tiempo sostenía que “el aborto, filosóficamente no constituye delito”. La fundamentación se sustentaba en que “para ser sujeto de derechos no basta existir en sentido fisiológico, se requiere la vida de relación [...] antes del alumbramiento existirá tal vez vida, pero no existe la personalidad”. Las elaboraciones de Irureta Goyena establecen una estrecha

(13) En el prólogo de la 6ª. Edición publicada en Bs. As. Hace referencia a su encuentro con la médica uruguaya Paulina Luisi con quien compartía las mismas inquietudes de reforma social y reforma higiénica, es decir de eugenismo socialista.

ligazón con los temas manejados en Europa por el francés Spiral y por el alemán Von Litz en relación al concepto de “bien jurídico”: “si no hay vida de relación no hay vida en sentido sociológico; el derecho es inseparable de la sociedad como el efecto es inseparable de la causa”. Desde ese enfoque la vida que contaba era la de la madre y en ese caso el embrión “sólo constituye una víscera más del organismo materno, [...] un órgano en el conjunto de órganos que integran la estructura fisiológica de la madre”. Más individualista aún era la idea de que “la mujer tiene el derecho de atentar contra su propia vida, ¿cómo no ha de poder destruir el fruto de su vientre antes del alumbramiento?” (Irureta Goyena, 1932: 23 y 109).

Los abogados uruguayos Horacio Abadie Santos y Salvagno Campos sostendrán tesis similares. Abadie en *Impunidad del aborto consensual*, recurría, igual que Jiménez de Asúa, a las discusiones de La Liga por la Reforma Sexual en el Congreso de Copenhague de 1928 citando al sabio alemán, Hirschfeld, que se había pronunciado sobre la no penalización. También se manejará como antecedente la discusión que suscitó la despenalización del aborto durante la aprobación del Código Penal Suizo; algunos artículos del mismo fueron adoptados por el nuevo Código Penal argentino en 1922, razón por la que este país admitía la interrupción del embarazo por enfermedad, defensa del honor y condición miserable.

Si a través de estas discusiones y nuevas codificaciones se llegaba a admitir que el aborto no era un delito, de inmediato surgía la pregunta acerca de quienes intervendrían en la operación, a quienes se habilitaría legalmente para hacerlo.

“Los médicos se sienten cohibidos por la ley, aun cuando algunos de ellos aceptan la procedencia de la operación en ciertos casos”, decía un artículo del diario *La Mañana* (29 de abril de 1935). Si se despenalizaba el acto se habilitaría la intervención del médico y se garantizaría la vida de las mujeres que de todas maneras se harían abortar. Así lo sostuvo el codificador Irureta Goyena:

Si las penas que registran los códigos contra el aborto alcanzaran a los delincuentes, entonces los resultados quizás fueran todavía más de lamentar. La consecuencia invariable de la represión efectiva del aborto, sería que el aborto tendería a hacerse cada vez más misterioso, más reservado, más empírico y, por consiguiente, más peligroso para la mujer. La efectiva impunidad del delito hace que el aborto se practique por manos expertas, por parteras y aún por los médicos. Si se castigare, y, sobre todo si se castigase severamente, como lo establece la ley, las personas de cierta cultura, que son aquellas que pueden practicar el aborto sin peligro o con un mínimo peligro para la mujer, se resistirían a efectuarlo y el aborto caería entonces en manos de gente inexperta, que ejecutaría la operación sin observar las precauciones que la ciencia aconseja. Sería absurdo que el respeto a la vida se interpretase de tal modo, que valiese más para la justicia la esperanza de una vida

que una vida real, y el embrión que evoluciona en el seno materno que la existencia de la propia madre. Tales son, abreviadamente, las consideraciones que me inducen a pensar que el aborto no debería ser un delito. (Irureta Goyena, 1932: 21)

Primeras repercusiones de la despenalización del aborto

La primera reacción frente a la novedad introducida por el Código, al ser aprobado en diciembre de 1933, provino del Ministerio de Salud Pública, refrendada por el Poder Ejecutivo. El decreto prohibiendo la realización de abortos en los hospitales data de enero de 1935, tres meses después de la puesta en vigencia del Código Penal. La fundamentación del decreto muestra el grado de sorpresa de los sectores políticos ante medidas tan “avanzadas”.

Considerando que las indicaciones de orden eugenésico y profiláctico para la interrupción del embarazo no están aun perfectamente fundadas y establecidas. [...] Considerando que la naturaleza y la índole de los Establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública contradicen toda intervención que no tenga por finalidad la conservación de la vida y de la salud.

Considerando que la ausencia de una sanción penal no debe ser confundida con una tácita autorización para realizar actos que la moral social, las leyes biológicas y un concepto integral de la vida demuestran contrarios a los intereses del individuo y la sociedad.

El Presidente de la República resuelve:

Art. 1o. Queda absolutamente prohibido en todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública, la interrupción del embarazo por razones ajenas a la interrupción de la vida y de la salud de las mujeres que en ellos se asistan.

Cuando esta circunstancia se presente, los jefes de servicio deben dar cuenta por nota al Director del establecimiento fundando las razones que tengan o hayan tenido para practicar la interrupción del embarazo.

Los directores de los Hospitales y centros de salud deben dar cuenta inmediata al Ministerio de todos los casos de interrupción del embarazo.

Art. 2o. De acuerdo con el Decreto de fecha abril de 1934 que reglamenta la profesión de partera, quédales a éstas profesionales absolutamente prohibidas las maniobras que conduzcan directa o indirectamente a la interrupción del embarazo. En tal caso incurrirán en ejercicio ilegal de la medicina.

Gabriel Terra. Presidente.
Eduardo Blanco Acevedo. Ministro de Salud Pública
(*El Bien Público*, 7 de febrero de 1935)

De esta manera el aborto profiláctico realizado en los hospitales de salud pública donde podían acudir las mujeres pobres quedó en suspenso. ¿Queda entonces descartada la hipótesis de la descriminalización del aborto como medida eugenésica destinada a facilitar el acto a las mujeres pobres? Por el contrario, esa había sido la intención primera, argumento que retomó, para criticarlo, el médico católico Salvador García Pintos en su conferencia “El nuevo derecho al aborto libre”, dictada en noviembre de 1934 en la Facultad de Medicina. La intervención de García Pintos confirma que esa era la intención original de la medida, de esa forma se lo había justificado, pero se vio frustrado a partir de éste “enérgico decreto”:

Surge desde luego la evidencia de que una de las finalidades que, según los defensores del Código perseguía el Estado, a saber, facilitar el aborto por motivos de miseria, queda así anulada al tercer mes por el mismo Estado, que de este modo hace del aborto impune un derecho sólo al alcance de los ricos, lo que no deja de ser curioso. Nuestro Estado, émulo del Soviet de quien copió la libertad de abortar, no lo imita precisamente en este punto [...]. (García Pintos, 1935: 130).

García Pintos trasmite las consideraciones que estaban en el ambiente y las reitera en un cuadro donde hacía el balance de “lo que se imaginan los abortistas uruguayos” y “lo que ya saben los rusos”. En la primera columna y en primer lugar coloca este aserto: “La libertad de aborto es una válvula de alivio para la miseria” (García Pintos, 1935: 132).

¿Podemos concluir que la medida de despenalizar el aborto tuvo una inspiración eugenética que no se pudo plasmar en la práctica porque se interpuso el Decreto del Poder Ejecutivo? Se debe tener en cuenta que cuando el Código ya estaba pronto y a consideración del Parlamento se produjo el golpe de Estado de Gabriel Terra, en marzo de 1933. Ingresaron al elenco gubernamental sectores nacionalistas y católicos que cambiaron la composición política anterior y que ejercieron distintos tipo de presiones para modificar las intenciones originales del Código y su aplicación práctica. Que una medida haya quedado a mitad de camino, no descarta la intención original, es por ello que las “negociaciones” a que fue sometida la disposición legal quedarán en evidencia durante el debate parlamentario.

La utilización con fines propagandísticos del decreto fue inmediata. El diario católico *El Bien Público* lo publicó en primera plana. Pero también se pronunciaron los médicos reunidos en el Comité Uruguayo de Eugenesia y Homicultura. La declaración publicada en el diario *El Día* en enero de 1935

seguía los lineamientos trazados por el Ministro Pablo Blanco Acevedo en el sentido de aclarar que si el aborto dejaba de ser delito, no por ello perdía su alcance moral. Se alarmaban frente a una medida “eugénica” que aún no estaba suficientemente fundada, menos fundada aún por motivos económicos:

El Comité Uruguayo de Eugenesia y Homicultura constituido en Montevideo a invitación de la institución panamericana del mismo nombre que actúa en La Habana celebró sesión con la totalidad de sus miembros resolviendo integrarse con los doctores Melitón Romero, Carlos M. Prando y Señor Emilio Fournier. En la misma sesión, y por moción de su presidente el Dr. Augusto Turenne, decidió dar a la publicidad su opinión sobre un asunto de palpitante actualidad relacionado con el Código Penal recientemente sancionado en la forma siguiente:

Declaración:

El Comité Uruguayo de Eugenesia y Homicultura declara:

1. Que considera que la ausencia de responsabilidad penal de los autores de la interrupción voluntaria del embarazo (aborto) por razones ajenas a la salud y la vida de la Mujer no significa que este hecho pierda su alcance de acto contrario a la Moral, al concepto integral de la Vida y a la conservación de la potencialidad biológica de la Mujer cuyas fallas repercuten gravemente sobre la entidad familiar y social.
- 2º. Que estima insuficientemente fundados los argumentos que pretenden justificar sistemáticamente la interrupción del embarazo por razones de alcance eugénico.
- 3º. Que cualquiera sea la importancia de los motivos de orden económico que determinan en cierto número de interrupciones del embarazo, es un deber de los poderes públicos y de la sociedad hacerlos desaparecer con disposiciones de emergencia preparatorias de una legislación básica que las elimine.
- 4º. Que una experiencia ya considerable permite afirmar que la interrupción del embarazo, y en particular su reiteración, por razones de orden extramédico repercute peligrosamente sobre los fines propios de la Mujer, sobre su siquismo sobre su facultad procreadora ulterior y sobre su capacidad de rendimiento social propiciando la aparición de enfermedades que amenguan su caudal vital y acortan la duración normal de su existencia”

(*El Día*, 13 de enero 1935)

La carta estaba firmada en primer término por su Presidente, el profesor Turenne, y por otras personalidades médicas de gran prestigio como el Dr. Luis Morquio y el Dr. Angel Maggiolo. El Comité estaba integrado además por médicos católicos como los doctores Roberto Berro y Víctor Escardó y Anaya, y los Drs. Augusto F. González y Nicolás Seoane Bloise.

Un mes después un editorial de *El Día* fijaba una posición “batllista” frente a la “interrupción intencional del embarazo”; las palabras cuentan cuando se trata de estos temas. Se necesitaba una solución integral, decían, algo más que un Código Penal, apostaban al logro de la justicia social, al enaltecimiento de la maternidad y a combatir las ideas católicas. Miraban con optimismo el futuro, hasta pensar que desaparecidas las causas, desaparecería el aborto:

Nosotros entendemos que el aborto es un acto criticable desde el punto de vista moral y peligroso para la salud de la mujer que lo provoca pero no participamos de las ideas y de los conceptos que corrientemente se invocan para castigarlo severamente. Creemos que el arduo problema del aborto tiene raíces profundas en la vida social y que en razón de su complejidad y trascendencia espera un estudio más amplio y especialmente una solución integral que abarque y contemple todos los aspectos del problema. No es, principalmente, en el Código Penal en donde debe ser resuelto.

Son conocidas sobre el particular, las ideas que ha venido sosteniendo el Batllismo. Ellas han sido articuladas en su programa y han tenido un comienzo de ejecución. No es con prohibiciones fundadas en ideas filosóficas predominantemente cristianas que se conseguirá restringir el número de casos en que las mujeres se ven en la necesidad de realizar un acto que ellas mismas repudian. Es por el contrario enaltecendo la maternidad legítima o natural tal como el Batllismo lo ha venido sosteniendo continuamente....Es arbitrando en todos los terrenos soluciones de justicia social, es mejorando la condición de las clases humildes mediante leyes reparadoras, es combatiendo la influencia poderosa que ejerce en el ambiente social ciertas ideas de origen católico...y otros los medios que harán que vayan desapareciendo lenta e insensiblemente las causas que llevan a la interrupción intencional del embarazo.

Por eso entendemos que si las nuevas disposiciones sobre aborto representan un progreso respecto del anacronismo del viejo texto penal, ellas, por sí solas, están lejos de significar una solución completa y, si se quiere, ni siquiera parcial del arduo problema que nos ocupa.

(*El Día*, 14 de febrero de 1935)

La reacción católica

Las nuevas disposiciones del Código constituyeron “una derrota de fondo a la ideología católica” según expresión del diputado Dardo Regules. Los sectores católicos se movilizaron rápidamente en contra del aborto voluntario. De hecho fueron ellos los que lograron se volviera a penalizar. Al mismo tiempo que el Código entraba en vigencia se instrumentó una campaña

en contra del aborto en la que jugó un papel capital el médico García Pintos¹⁴. Sus aportes fueron medulares, ayudando a construir el núcleo de la fundamentación del Proyecto de Ley que presentarán los diputados católicos Regules y Tarabal el 15 de marzo de 1935:

El Código recién sancionado reduce el territorio penal al aborto por violencia, lo que implica declarar impunes y libres todas las demás formas de aborto. Para la conciencia católica, la impunidad del aborto voluntario es más grave que la ley de divorcio, según ha dicho, con verdad, un ilustre prelado, Monseñor Tomás Camacho. Para el interés social y el orden de la familia, este derecho a la mutilación continuada y silenciosa de las fuentes de la vida, es la confesión de la bancarrota final de todos los valores morales y sólo puede hacerla una sociedad y una cultura que nieguen su solidaridad hasta con la propias generaciones que han de sucederlas” (*Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes (D.SS. C.RR.)*, XXXII Legislatura, 4º Período, tomo 416: 119).

Los políticos confesionales de la Unión Cívica contaban con dos diputados, pero en los otros partidos militaban católicos reconocidos como es el caso del senador nacionalista Juan Bernardo Morelli. De las iniciativas que se interpusieron para modificar los artículos del Código, uno fue redactado por los representantes católicos Regules y Tarabal, los otros fueron presentados por integrantes de los partidos Nacional y Colorado. Pero en realidad, la intervención del Poder Ejecutivo fue la determinante para modificar el concepto, sentando la tesis de que el aborto era un delito.

Aunque el tema no se dirimió únicamente a nivel legislativo, se produjo un verdadero “estallido de conciencia” al decir de Turenne; se convocó a una activa militancia en contra del artículo del Código. Las más firmes fueron mujeres congregadas en la Acción Católica, lideradas por la hermana del senador nacionalista, Juan B. Morelli.

(14) La historia de vida de García Pintos ilumina, en parte, el rol cumplido por él en esta batalla. Huérfano de su madre y padre a temprana edad, estudiante modesto en los Talleres de Don Bosco, impresionó por su inteligencia al entonces sacerdote (luego será nombrado Obispo) Tomás Camacho, quien le posibilitó iniciar estudios de medicina en Bélgica; luego de muchos avatares logró recibirse de médico en Montevideo en 1920. No solo intervino en contra de la despenalización del aborto en el Uruguay, también actuó en Argentina en 1937, cuando se debatía en el Parlamento argentino el proyecto de ley presentado por el Dr. Florencio Padilla por el que se establecían en forma obligatoria “ciertas medidas eugenésicas reñidas con el espíritu cristiano”. En esa instancia el Consorcio de médicos católicos de Buenos Aires le invitó a participar en una campaña contra el proyecto en la cual fue destacada la actuación del Dr. García Pintos. El eco de esa defensa llegó a Roma. El Papa Pío XI, le otorgó “en mérito a los extraordinarios servicios a la causa” la condecoración de San Gregorio Magno. (Extracto del periódico *El ciudadano*, edición especial del 31 de agosto de 1956) (García Pintos, 1990).

El debate en la prensa

En la creación de este estado de opinión, la prensa tuvo un importante papel, siendo los periódicos y la radio formadores de opinión en el debate. La prensa se hizo eco de esta polémica mucho antes que el Parlamento dirimiera el conflicto. *El Bien Público* inició la campaña de denuncia de la despenalización del aborto, de la que se hizo eco más tarde el diario nacionalista *El Debate*. *El País* y *La Mañana* se ubicaron en la defensa del nuevo Código y propagaron el concepto de “maternidad consciente” que había acuñado el endocrinólogo español Gregorio Marañón.

El Bien Público, si bien no pertenecía a la Iglesia, se convirtió en portavoz de sus posiciones, difundió la Encíclica Casti Connubis del Papa Pío XI, publicó las exhortaciones de los obispos uruguayos, siguió día a día la trayectoria de los proyectos de ley presentados en el Parlamento por el senador Bernardo Morelli y el diputado Dardo Regules, y definió las líneas a seguir en “la defensa de la vida”. “Contra el ideario disolvente”, “Derecho absoluto al placer” editorializaba en abril de 1935:

La familia, verdadera célula del organismo social, es un ejemplo nítido de la acción destructiva de estos tiempos. En ella los lazos [...] son lazos de sacrificio: fidelidad de los cónyuges, dolor de las madres, trabajo y responsabilidad de los padres, obediencia de los hijos, tolerancia de los hermanos, pequeños y grandes renunciamentos de todos.

El placer todo lo destruye. Primero el padre que proclama una moral para su uso, (para los hombres) [...] Por último es el cimiento mismo del hogar el que se conmueve: la madre!

(*El Bien Público*, 21 de abril de 1935)

En su campaña hizo frente al mismo tiempo a los defensores de la “maternidad consciente” y a las feministas a quienes descalificó como ignorantes:

Reanuda *La Mañana* su propaganda pro “maternidad consciente”. Es ingenua, en su punto 3o. dice que sólo piden su represión los guerreros y los sacerdotes. Con estos argumentos melodramáticos no se puede convencer más que a un ignaro auditorio de algún congreso feminista, además no faltaría alguien que hiciera observar que Marañón no hacía esa reflexión para que se matasen a los hijos sino exclusivamente para que no se engendrasen en demasía. Es pues incierto que la mujer sea dueña de su cuerpo y que en el aborto ejerce el *jus in se ipsum*, cuando con ello se quiere

significar que al mismo tiempo que mutila el suyo, puede matar el del hijo, que aunque esté en ella no es de ella. (*El Bien Público*, 21 de abril de 1935).

La Mañana, periódico que se identificaba con el Partido Colorado en el gobierno, respondía al sector terrista y mantuvo posiciones afines, en muchos aspectos, con los “marzistas” (que apoyaron a Terra en el golpe de estado de marzo de 1933). Llamativamente en la cuestión del aborto adoptó una línea más recostada a la legalización de la interrupción del embarazo –los artículos referidos al tema se titularán: “Maternidad consciente”. Su orientador, el abogado Salvagno Campos fue identificado como defensor de las disposiciones del Nuevo Código Penal de Irueta Goyena.

La maternidad consciente está proclamada en Europa por maestros del fuste de Gregorio Marañón, médico sociólogo serio, hombre de pensamiento [...]. Estima que debe disciplinarse la procreación humana [...]. En muchos países y circunstancias parece aconsejado moderar el ritmo de la reproducción humana en beneficio de la propia especie [...]. Estudia el ilustre Marañón el problema de la maternidad en su tierra. Razones biológicas, sociológicas y morales imponen a uno ya por la vía de la educación sexual –no por cierto la vía o práctica del aborto, que yo no puedo defender como un ruso cualquiera– una cierta limitación, más pausa y cautela, en el ejercicio de las facultades sexuales de la especie humana. (*El Bien Público*, 25 de abril de 1935).

El País, que militaba en la oposición al “régimen marzista”, fue clausurado por la dictadura de Gabriel Terra en algunos períodos y volvió a salir bajo el nombre de *Crónicas*. Será el encargado de despejar dudas sobre el nuevo Código, en el sentido de que era obra del gobierno democrático anterior y no de la dictadura. “El Código penal es iniciativa del ex-Consejo nacional de Administración”, sostuvo en un recuadro permanente durante el mes de marzo de 1935, que dedicó a defender las nuevas disposiciones del Código Penal:

Sorprende comprobar cómo la mayoría de las personas –incluyendo a no pocos políticos e intelectuales– ignora o aparenta ignorar hasta su origen y gesta constitucional cual si, hubiera surgido por generación espontánea, digamos así, en medio de una anómala situación pública. Y eso no es cierto. Ese código que actualmente nos rige es uno de los muchos frutos del celo de mejoramiento colectivo que animó al ex Consejo Nacional de Administración, el que lo solicitó al Colegio de Abogados y acababa de enviarlo a la Cámara con pedido de aprobación, cuando fue disuelto. El gobierno surgido el 31 de marzo no hizo otra cosa que ponerlo en vigencia sin discutirlo. Y en tal forma se le puede señalar imparcialmente como un triunfo póstumo del régimen anterior sobre el actual. (*Crónicas*, 18 de marzo de 1935).

Esa duda “principista” llevó a algunos políticos a rechazar las disposiciones del Código por considerarlo “fascista” –así lo hizo en su intervención

en Cámara de Diputados Eugenio Gómez del Partido Comunista, argumentando que era una copia del Código Rocco italiano¹⁵.

El articulista de *Crónicas* reconocía que la rápida aprobación del Código tomó desprevenida a mucha gente por lo novedoso y avanzado que contenía, pero eso no podía justificar que la “élite” encargada de analizarlo desde el parlamento o la tribuna desconociera el concepto del bien común: “No porque pudieran chocar con los sentimientos medios de la sociedad actual, sino porque hieren sus sentimientos medios propios, que han conservado invariablemente como un vestigio de los viejos tiempos de ayer” (*Crónicas*, 18 de marzo de 1935).

Dos años después del primer impacto del tema, reapareció con todo vigor el debate en la prensa, reavivado por la apertura en 1937 de la discusión en la Cámara de Diputados, sobre los distintos proyectos de ley presentados para modificar el artículo del Código Penal.

El Debate era el portavoz de los sectores del Partido Nacional –sector herrerista– cuyo director, Luis Alberto de Herrera, apoyó el golpe de estado de Gabriel Terra. Este sector y su caudillo se definían como “cristianos” (Luis Alberto de Herrera había sido educado en la religión anglicana). Se opusieron a la despenalización y dieron amplia difusión en su diario a la obra de García Pintos. La más difundida de este médico fue *El derecho a nacer y el niño concebido como persona jurídica* (1936). Desde las páginas de *El Debate* polemizó, en particular con Turenne, a quien erróneamente se señaló como “defensor del aborto libre”. Durante meses este periódico publicó un recuadro permanente: “Proyecto de legislación social sobre aborto que no debe pasar”:

Es bien notorio que el Código Penal, en materia de aborto, dejado en absoluta impunidad levantó en la mayoría de nuestra sociedad, una fuerte resistencia, en un movimiento de oposición adversa pocas veces visto [...]. La conciencia social siente que la muerte impune del niño que se gesta es un acto antisocial por injusto y por peligroso [...]. La represión del aborto es para la conciencia social un elemento de autodefensa de que ni la novelaría de nuevos conceptos jurídicos ni las pobres razones de médicos y sociólogos tienen derecho a privarla. (*El Debate*, 5 de marzo de 1937).

Al repasar fechas y editoriales se puede pensar que el debate se centra en un problema moral y en un enfrentamiento entre dos bloques, católicos por un lado y liberales por otro:

(15) Era vox-populi en el período, según testimonios orales, que Irureta Goyena había “copiado” textualmente el Código italiano hasta con faltas de ortografía. Esta versión tuvo su origen probablemente en los sectores de clase alta católicos interesados en desprestigiar al nuevo Código Penal a través de su autor.

De lo sucintamente expuesto, resulta: que en nuestro país constitucionalmente irreligioso, la violación de los dictámenes de índole canónica sólo pueden constituir pecado para los fieles de las iglesias que anatemizan el aborto y un freno de incomparable eficacia contra esos hechos. (*La Mañana*, 26 de abril de 1937)

Aunque tardíamente, las feministas del partido de Sara Rey Álvarez tomaron posición por la modificación del Código. El editorial “La Reforma del Código Penal relativa al aborto”, muestra claramente los dilemas que les planteaba el tema. No era fácil para estas mujeres, aún si estaban convencidas de la bondad de la iniciativa, identificar su postura de mejora de la condición de la mujer y exaltación de la maternidad, la “más alta función de la especie” con la interrupción del embarazo. A estas dificultades agreguemos que las posiciones políticas de Sara Rey Álvarez fueron muchas veces incongruentes. Baste recordar que en su periódico publicó notas apoyando el racismo nazista, luego criticó al fascismo y defendió la democracia. En nota de agosto de 1937 decían:

En síntesis consideramos el Proyecto aludido [Mussio Fournier] como un progreso frente a la situación actual de plena licencia y a la anterior de férreo abolicionismo.

Nosotros combatimos la impunidad del aborto en defensa de la verdadera maternidad: la maternidad consciente y voluntaria. Es en nombre de un gran respeto a la maternidad, la más alta función de la especie, que tratamos de impedir el sacrilegio de profanarla.

Nuestra solución defiende la [aureola] de la maternidad consciente y voluntaria y defiende también uno de los más fundamentales derechos del niño, el derecho al amor de la que lo engendró y a venir al mundo en las mejores condiciones posibles.

(*Ideas y Acción*, 1 de agosto de 1937)

No sólo la prensa generaba opinión. La editorial Juan Zorrilla de San Martín publicó en esos años todos los trabajos de García Pintos y en vísperas de la discusión parlamentaria en 1936 *El derecho a nacer y el niño concebido como persona jurídica*. La Imprenta Artística de Dornaleche publicó en 1935 la encuesta, aún inédita, realizada en 1920 por el entonces diputado Alejandro Gallinal *Sobre aborto criminal, antecedentes de oportunidad*. El mismo García Pintos dictó conferencias en la Universidad de la República llegando a utilizar el medio radial para difundir su posición contraria al aborto y al homicidio por piedad o eutanasia.

La presión de los sectores católicos se hizo sentir con una fuerza inesperada y probablemente sorprendió a las otras fuerzas políticas. Aunque lo que estaba en debate no era sólo un enfrentamiento doctrinario. También se discutieron otros temas –la “denatalidad” del país por ejemplo.

Se enfrentaron además dos concepciones del derecho y la política, en una coyuntura histórica que ponía un toque dramático a ese enfrentamiento. El ascenso de los gobiernos fascistas y sus medidas colectivistas volvía a poner en la arena política la vigencia de los derechos individuales.

Este criterio era defendido por el sector que podríamos calificar de “abolicionista”, mayoría en la Comisión Especial de la Cámara de Representantes encargada de redactar el proyecto de ley que defendía y mantenía la despenalización del aborto:

Hay acá un interés supremo de la colectividad frente a la mujer, que con el aborto reclama y recupera una libertad de acción, de movimiento, de existencia que tanto necesita para las actuales circunstancias de la lucha por la vida y que una desigual ley biológica le restringe...durante un dilatado y penoso período de su vida? Si ese derecho de la sociedad fuese discutido, ¿en que se fundaría? ¿En razones de ética superior o en simples pero ocultas razones de Estado?” (*D.S.S. C.R.R.*, tomo 416: 128).

Este criterio se oponía al que fundamentaba el Mensaje de Gabriel Terra a la Asamblea General Legislativa acompañando su Proyecto:

Nosotros sostenemos que por la categoría eminentemente social del fenómeno, éste escapa al dominio del derecho individualista y debe entrar en la jurisdicción del derecho colectivo. Siendo el capital humano una de las riquezas más valiosas de una nación, considerando que ese capital no puede estar librado a la voluntad individual. El interés y el derecho colectivo debe primar en este punto, sobre el interés y el derecho personal” (Mensaje del Poder Ejecutivo a la Asamblea General Legislativa, Proyecto de Ley, 1 de julio de 1937, *D.S.S. C.R.R.*, tomo 416: 132).

La eugenesia será invocada en el debate sobre el aborto tanto en la prensa como en el Parlamento a lo largo de los cuatro años que insumió la resolución de la “confusión” generada por la originalidad de Irureta Goyena. Si bien se recurrió frecuentemente a ella del lado de los que estaban a favor de mantener el “aborto libre”, también fue utilizada por los que querían modificar esta medida, incluso marcando contradicciones en la tan manida eugenesia. Así lo hizo García Pintos:

Y nos resulta, en realidad extraña la actitud de la ley, que como el dios Jano, presenta una doble cara: con una contempla solícito los derechos eugénicos, higiénicos, materiales, previendo aún mismo la investigación de la paternidad a partir del quinto mes de la gestación, verdadero código prenatal del flamante Código del Niño; y con la otra, mira como se frustra el derecho esencial de la existencia a manos de la propia madre! ¡En verdad que es curioso que la Ley tenga una cara eugenésica y otra agenésica!! (García Pintos, 1935: 112)

Fue también el recurso que acompañó el mensaje del Poder Ejecutivo a la Asamblea Legislativa de julio de 1937:

Una política de amplia justicia social, tendiente a combatir la desocupación, jubilaciones generales, protección a la madre, investigación de la paternidad con su correspondiente responsabilidad legal y económica, difusión de la educación sexual, racionalización de la procreación a base de consultorios de eugenesia, he ahí la sabia política que debe cumplirse en toda su amplitud y en la realización de la cual, felizmente nuestro gobierno despliega todos sus resortes a fin de extirpar en sus raíces etiológicas esta tara social.

He ahí el programa a realizar, programa forzosamente vasto y lento, lo que obliga temporariamente y como medida forzosa y de urgencia a eximir de pena a este tipo de aborto, por los estragos sociales que supone un exceso de procreación en los medios miserables, medida que esperamos ver eliminada en un día no lejano, en que la política social indicada restablezca el equilibrio económico en todas las clases de nuestra sociedad” (Mensaje del Poder Ejecutivo a la Asamblea General Legislativa, Proyecto de Ley, 1 de julio de 1937, *D.S.S. C.R.R.*, tomo 416: 134).

En esa coyuntura se produjo un nuevo movimiento de péndulo en lo que se refiere a políticas de población. En el mundo se comenzaron a revisar las propuestas del Neomalthusianismo¹⁶. En la primera posguerra, algunos países europeos iniciaron políticas pro-natalistas, asociadas a propósitos bélicos. Así sucedía en Francia, alarmada por la caída a pico de su natalidad. Se acusó a “las cunas vacías” de los reveses de la Gran Guerra (1914-1918). Alemania y su gobierno totalitario recomendaba a las mujeres (de raza aria) que parieran abundantemente –Kirche, Kuche, Kinder, las tres K (iglesia, cocina y niños) recomendadas por Hitler. Mensajes contradictorios porque simultáneamente en los países anglosajones y liberales se producía una creciente difusión y legitimidad de los métodos anticonceptivos.

¿Cuántos de estos debates y cambios llegaron al país? En medio de ellos se ubica la despenalización y la nueva penalización del aborto. La

(16) Mientras en la Unión Soviética se legalizó el aborto en 1920 (aunque en el período Stalinista se vuelve a prohibir (1936), interdicción que se levanta recién en 1955), en otros países se lo prohíbe. En Francia, por ejemplo, se penó el aborto con guillotina a partir de 1936.

En 1933 en Suecia se funda una asociación estatal para información sobre asuntos sexuales y cuatro años más tarde se autoriza la venta de productos anticoncepcionales “por primera vez en el mundo la anticoncepción se institucionaliza”. En Estados Unidos la Asociación fundada por Margaret Sanger extiende sus acciones a los Estados que no prohibían los métodos anticoncepcionales. “En vísperas de la 2a Guerra Mundial Suecia y los países anglosajones son los únicos que mantienen el neomalthusianismo. Las potencias del eje estimulan las políticas de familias numerosas guiadas por sus ambiciones imperialistas, mientras la mayor parte de los países occidentales practican clandestinamente el control de la natalidad” (Mattelart, 1967: 15).

alarma frente al descenso de la natalidad en nuestro país estuvo presente en estos debates. Como se recordará la tesis sobre la población de Federico Capurro y Edmundo Narancio comentada anteriormente, trasuntaba esa preocupación.

El debate parlamentario

Las propuestas centrales que se discutieron en el Parlamento en el transcurso del año 1937 fueron la iniciativa de los diputados católicos Regules y Tarabal, presentada en el año 1935, el informe y la recomendación sugerida por la Comisión especial parlamentaria que se presentó en junio de 1937, y el mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo, presentado en julio del mismo año. En la redacción del mismo participó el propio codificador Irureta Goyena. Se agregaron tres iniciativas más: del doctor Stewart Vargas, del doctor Pringles y del Señor Cabrera Martínez. La Comisión se reunió con asistencia del Ministro de Salud Pública y de los diputados interesados en el tema y se expidió en noviembre de 1937. La discusión de los fundamentos y la modificación del articulado de la ley se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 1937 (sesiones del 16 de noviembre y del 1º, 13, 27 y 28 de diciembre).

La discusión parlamentaria revela la complejidad de temas y el enfrentamiento político ideológico que el tema suscitó. Las diferentes posiciones se transparentan en los argumentos esgrimidos durante la discusión de los diferentes proyectos de ley.

El Proyecto de Regules-Tarabal se hizo portavoz de la posición católica confesional y se propuso modificar el régimen de “abortismo libre” porque el mismo afectaba “el orden social, el orden de la familia, la continuidad de la especie y el elemental imperativo de la sociedad para vivir y perpetuarse” (sesión del 16 de noviembre de 1937, *D.SS. C.RR.*, tomo 416: 121). Fundamentaban su proyecto prohibitivo estableciendo la norma del “respeto a la vida” ya que “la sociedad se funda en la persistencia y en la fecundidad de la vida”. Rebatían los dos argumentos utilizados frecuentemente por “los abortistas”: que el hijo no es una unidad de derecho formando una sola cosa con la madre, y la inoperancia de la Ley frente al tema.

A estos dos argumentos se reduce la defensa del abortismo libre. La Ley no se cumple aunque se dicte; y la vida no nace sino desde que se nace del todo: he aquí los dos soportes con los cuales se sostiene la política penal de los brazos cruzados. (Ídem: 120)

Consideraban que era un argumento frágil, porque:

Toda la obra codificada y legislativa del país (Código Civil que reglamenta el orden de la familia, el Código del Niño con todo un régimen de protecciones, las Leyes de asistencia social de protección a la madre embarazada) se dirige a declarar que el hijo es un sujeto de derecho y tienen vida de relación desde que es concebido. (Ídem)

Criticaron asimismo la “onda sentimental que se trata de provocar alrededor de las reformas del Código”, presentando a las mujeres que recurren al aborto como en estado de necesidad. Si bien reconocían que “esa corriente de humanidad difusa” aportó en el progreso del derecho, lo flexibilizó: “también ha fundado un verbalismo vago. Lo correcto es definir la norma de derecho que si realiza realmente la justicia no podrá causar daño.” (Ídem)

Por último, recurrían a razones de orden confesional al decir:

Para estas grandes afirmaciones esenciales sólo tiene razón y valor la verdad religiosa. Y por eso sólo la voz del Pontífice Pío XI ha tenido el ademán de definir sin vacilaciones el deber de conciencia en este problema, frente al cual enmudecen todas las demás fuerzas sociales. (Ídem: 121)

Esa “verdad religiosa” se extendía al terreno moral y desde allí incluía a los que no compartían la fe católica: “Aún sin los motivos religiosos quedan en pie razones de orden moral, de defensa social, que alcanzan a todos los legisladores” (ídem).

El Proyecto de Ley de los diputados Regules y Tarabal, establecía en su artículo 2º, inciso 1º, que: “La mujer que causare su aborto, con cualquier medio empleado por ella misma o por un tercero con su consentimiento, será castigada con prisión entre tres a dieciocho meses. Si se hubiese obrado en interés de salvar su honor, la pena se graduará según la norma del artículo 328.”

La Comisión de la Cámara de Representantes¹⁷ llegó a una elaboración “abolicionista” que se enfrentaba diametralmente a los conceptos expuestos por los representantes católicos. El informe presentado por la Comisión –que fundamentaba el Proyecto– abordó una extensa variedad de temas. Comenzaban mencionando la evolución de la sexualidad humana, con referencias a Freud y Marañón. Se referían a los métodos anticoncepcionales en uso en la época, incluyendo los aceptados por la Iglesia Católica. Evaluaban la situación de la mujer y los aportes positivos del feminismo. Argumentaban basándose en datos referidos a la transición demográfica y los cambios en la

(17) Ulises Collazo y Lucio Malmierca fueron los miembros informantes de la Comisión que estaba integrada, además, por J. Pedro Alaggia, Mario Camps, Odorico Antúnez y Dardo Regules (discorde).

moral, la extensión del aborto clandestino en el Uruguay. Fundamentaban, finalmente, sus recomendaciones en un criterio médico legal, preservando en última instancia las modificaciones introducidas por Irureta Goyena en el Código Penal, aunque de todos modos optaban por una posición intermedia: “ni prohibición absoluta, ni el aborto absoluto, siempre que estuviera dentro de los tres meses de la concepción y [fuera aborto] técnico”.

El informe comenzaba situando el tema del aborto dentro de un contexto de cambios económicos, políticos y morales que estaban ocurriendo en las sociedades modernas. Ese marco les permitía sostener que el tema del aborto se debía tratar tomando en cuenta el contexto sexual y moral: “Estudiar un aspecto, el aborto, por ejemplo, de la cuestión sexual sin encararla en su totalidad nos lleva a consecuencias erróneas, ya que ella es la historia del desenvolvimiento de la sociedad humana, y de sus más importantes instituciones” (*D.S.S. C.RR.*, tomo 416: 121). Llegaron a la constatación de que se había roto con la vieja moral del ante-guerra que imponía “no hablar del escabroso tema del sexo” y en esa evolución ubican la “revolución freudiana”.

Freud rompió el silencio y millares de atormentados encontraron alivio y no fue culpa de aquel, de que los hombres de ciencia que vinieron después, llegaron a la conclusión de que el ser humano era ante todo sexo, y que éste, como dice Marañón, se extiende al terreno funcional, a las aptitudes físicas y llega a los más nobles extractos del espíritu, a la vida afectiva y a la psíquica. (Ídem: 121)

El informe hizo especial hincapié en la situación de la mujer: “Hasta no hace mucho tiempo, aún viven personas educadas en esa escuela, la situación de la mujer frente al hombre, era de lo más precaria, [...] se convivía en la vida de familia bajo la férula del padre, con muchos caracteres del romano.” (Ídem: 123)

Un conjunto de factores contribuyeron “a formar al respecto una nueva mentalidad”. Dentro de ellos colocan la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, los nuevos estilos de diversión: los baños de mar, la aparición del “desnudo”, los espectáculos y hasta el cinematógrafo. Pero el más importante era

[El] movimiento feminista, que trae consigo su desprejuiciamiento, su racionalización, obliga a la otra mitad masculina a un reajuste de sus ideas tradicionales acerca de la mujer como ser sexual. Hay que tener en cuenta que ella ha conseguido independizarse en muchísimos casos del hombre gracias al trabajo. [...] Al verse independiente, ha variado también su actitud frente al hombre, frente al matrimonio y frente a los hijos.

[...] La mujer que dispone de independencia económica no acude ya al matrimonio como un recurso para resolver sus problemas, subordinando a ellos sus impulsos

sexuales. Tampoco se resigna representar únicamente el papel de madre dentro del hogar. La maternidad es, en muchísimos casos, un obstáculo para sus actividades en oficinas y talleres. La difusión de las enseñanzas sexuales, y de los medios de evitar el embarazo, contribuyó poderosamente a borrar de muchísimas conciencias femeninas el respeto a los tabúes tradicionales. ¿Por qué entonces en pleno advenimiento de su liberación vamos a obligar a la mujer a ser madre contra su voluntad? (Ídem: 128)

Situación que definían como “maternidad extorsionada” (el concepto opuesto al de “maternidad consciente” que había difundido Marañón, 1934): “Sin embargo la sociedad está hecha para estimular la maternidad extorsionada, y sus cultores han educado la mujer para el matrimonio, para la procreación, para la aproximación sexual, para la dependencia.” (Ídem: 124). Aclaraban que esos eran resabios del siglo XIX:

La mujer actual ha reaccionado, [...] en relación al problema de la mortalidad infantil y los partos ininterrumpidos [...] ante ese drama de muerte, ruina física y desafección. Quiere que sus hijos vivan, mantener sus encantos, retener su marido o su hombre! (Ídem: 129)

Para los miembros de la Comisión, los cambios que enumeraban y valoraban eran de tal importancia que habían logrado incluso modificar la posición de la Iglesia frente a la sexualidad. Ésta, obligada por las circunstancias, decían ellos, terminó aceptando que las relaciones sexuales no sólo tenían fines reproductivos como lo expresaba la Encíclica *Casti Connubis*, al aceptar el método Ogino-Knaus como forma de regulación de los nacimientos.

Mencionaban luego al fenómeno de la transición demográfica, y lo que ella había ocasionado en cuanto a cambios morales. Y, afiliándose a la corriente eugenista, manifestaban el temor de que sólo procrearan los pobres: “la sociedad civilizada, en lugar de disminuir por su base y crecer por la cima, se malogró por la cima, dilatándola por abajo” (ídem: 130).

Presentaban al militarismo como “el gran enemigo del aborto”. Así sucedió en los países fascistas, sostenían, también en la Rusia Soviética que estaba cambiando su política de población. Para fundamentar el Proyecto de Ley “abolicionista”, la Comisión abordó el aborto clandestino y aportó datos sobre el aborto en el Uruguay, en base a los informes de Turenne, al decir que “no es posible establecer una estadística precisa pero tiene la certeza de no engañarse afirmando que no menos de un sesenta por ciento de nuestra natalidad se malogra por obra del aborto voluntario” (ídem: 126).

El informe avanzaba sobre el estado del derecho con respecto al aborto voluntario, constatando, en primer lugar, que la tendencia de la legislación fue la de seguir la norma cristiana: “Teniendo en cuenta desde luego que las legislaciones laicas de los países occidentales, han seguido, en esta materia, al

derecho canónico”. Era necesario dar un giro a esta orientación acompañando la creciente laicización de la sociedad: En su indagación sobre el derecho internacional comparado informaba sobre el polémico tema del “aborto eugénico”, “el cual triunfó en Alemania”. Ejemplo aparte era el de Rusia y Estonia. El diputado católico Dardo Regules también había hecho referencia a la Rusia soviética diciendo:

Con respecto a Rusia, debe establecerse desde luego, que se está operando en aquel país una enorme transformación social y el Código Penal es un instrumento constructivo y agresivo de esa revolución. El ejemplo ruso no inspiró a nuestro codificador. (Ídem: 120)

El informe de la Comisión en sus últimos aspectos analizaba la legislación que regía el aborto en el Uruguay y establecía una distinción entre las disposiciones del nuevo Código Penal y lo que proponía la Comisión:

El Código Penal establece, sin limitaciones, el régimen de aborto libre. La mujer puede hacerse abortar cuando quiera y por quien quiera, hasta puede hacerlo ella misma [...]. La Comisión sólo admite el aborto técnico como garantía para la eficacia del uso de ese derecho, prohibiendo la realización del mismo a toda otra persona. Por eso, también lo permite dentro de los tres meses de la concepción, por considerar que es cuando menos peligros ofrece para la abortante.

La Comisión entiende que es indispensable, en nuestro medio, la implantación del aborto voluntario, dentro de ciertas normas, dada nuestra modalidad de convivencia social, nuestras actuales costumbres y por la propia mentalidad de la post-guerra que tanto nos ha influenciado [...] por eso establece que debe ser técnico, efectuado por médicos y dentro de los tres meses de la concepción. (Ídem: 130)

El Proyecto de Ley presentado por la Comisión establecía en su Artículo 1º:

Declárase lícito el aborto

A) Cuando se efectúe durante los tres primeros meses de la concepción y sea realizado por médicos.

B) Cuando se trate de aborto terapéutico. (Ídem)

El Mensaje y el proyecto de ley enviado por el Poder Ejecutivo en el mes de julio de 1937, firmado por Gabriel Terra y el Ministro de Salud Pública, Mussio Fournier, obligó a la Comisión a dar un giro significativo a sus recomendaciones. Las posiciones sostenidas por uno y otros se enfrentaban en muchos aspectos. Si la posición de la Comisión era la de adecuar la norma

a los cambios sociales, el Mensaje del Poder Ejecutivo trasuntaba por el contrario un rechazo a las novedades de los tiempos modernos y proponía que se declarara “delito el aborto”:

La relajación moral de las costumbres, fenómeno que acusa su mayor agudeza después de la gran guerra europea, nos brinda una mujer moderna, que aspira a disfrutar de todas las libertades de que ha gozado hasta ayer el hombre...este tipo de mujer ha cometido el error, no solamente moral sino biológico de exigir una equiparación con el hombre en el dominio de su vida sexual. [...] Este tipo femenino que desconoce el pudor, la gracia, el candor, que sexualmente se atribuye las libertades del hombre, que busca imitar a éste en su mímica, en su andar, hasta en el corte de su cabello, que se incorpora sus vicios, como el alcoholismo y el uso del tabaco, esta mujer que busca el aborto, pues le horroriza la maternidad, esta mujer que reniega de los atributos más genuinos de su propio sexo, ha aparecido ya desgraciadamente en el seno de nuestra sociedad, constituyendo una forma mórbida frusta, pero evidente, de intersexualismo femenino, psíquico y moral. El Estado, a quien incumbe no solo vigilar los intereses materiales sino también morales de la nación, realiza una obra saludable al consagrar en su legislación el aborto voluntario como una figura delictuosa. (Ídem)

La negociación que dirimió el conflicto

El proyecto de ley del Poder Ejecutivo impuso una reconsideración de las posturas asumidas por la Comisión. En estas nuevas sesiones se llegó a la negociación entre las diferentes partes en conflicto. Así lo manifestó el diputado Lucio Malmierca, miembro informante de la misma, en su segundo informe:

[...] hace constar que la mayoría de la Comisión hubiera mantenido el anterior que aconsejara a la Cámara [...] si la tesis del Poder Ejecutivo no hubiera modificado algunos aspectos [...] Es indudable que el proyecto es el resultado *de una transacción conseguida con la buena voluntad de los que integramos esta Comisión especial* (énfasis en el original).

Las razones de haber aceptado esa fórmula del Ejecutivo quedaron expuestas al decir que:

Encierra además el Proyecto un hondo contenido moral; salvaguarda los derechos de la madre y el niño, así como garantiza en casos extremos la vida expuesta por razones superiores y pone la técnica científica en defensa de la salud comprometida. (Ídem)

Esta negociación se transparenta al comparar los diferentes proyectos presentados y el resultado final. La modificación sustancial que se introduce al

proyecto original de la Comisión es la de declarar delito al aborto. El Proyecto de Ley reelaborado planteó en su art. 1º: “Modificase el capítulo IV, título XII del Libro II del Código Penal promulgado por la ley número 9155 de 4 de diciembre de 1933, y declárase delito el aborto”.

Sin embargo en las causas atenuantes y eximentes –que son las que pesan al momento de juzgar– se acepta casi sin modificación las propuestas del proyecto original, que cubrían una amplia gama de situaciones; se aceptaba el aborto por honor, para eliminar el fruto de una violación, por razones de salud y por causa de angustia económica. Se optó por el término medio –como expresó la Comisión–, ni penalidades excesivas, ni absoluta libertad. Los sectores opositores al aborto, católicos, pro-natalistas, etc., habían logrado que se declarara delito al aborto. Para los “abolicionistas” quedaba abierta la posibilidad –a través de las causas atenuantes, bastante amplias– de realización del aborto, aunque se debería estudiar cada caso.

La calidad de la negociación se percibe en la actuación de los diputados durante la discusión en Cámara del articulado de la Ley. Es ejemplar en ese sentido la actuación de Regules que en reiteradas oportunidades, y teniendo la posibilidad de votar un artículo más “ultramontano” (como fueron las propuestas de Pringles y Cabrera Martínez), opta por el artículo propuesto por la Comisión. Un político sabe hasta donde se puede llegar en la negociación, parece ser la moraleja de este largo trámite.

El diputado Ulises Collazo, de posición abolicionista, que integró como miembro informante la primera Comisión, optó por no participar en el segundo informe –el de la ley negociada–, manifestando su oposición a la medida en el transcurso de la discusión parlamentaria.

Desde luego, yo estoy embarcado en la tesis liberal [...] unos encaran la cuestión bajo el aspecto o bajo la faceta de la vida; otros, la encaran como cuestión social¹⁸. El aborto, para mí es una cuestión social con elementos que no han sido rebatidos [...] nadie ha destruido ninguna verdad del mismo. (Ídem, tomo 417: 220)

En su intervención dejó en evidencia la acción desplegada por las damas de la Acción Católica:

[...] gran número de damas se movieron coadyuvando a la Unión Cívica en Cámara y al Dr. Morelli en el Senado. [...] lo cierto que el timón en este asunto estaba llevado precisamente por gran número de damas. A ellas se dirigieron todas las personas, [...] a ellas se dirigía la carta de Vaz Ferreira –que se leyó en Cámara [...]– y a ellas se dirigieron todos los que opinaron sobre este problema. Detrás

(18) Así lo definió en el primer informe.

de todo esto por cierto, –o todo esto converge hacia ella– está la Iglesia con sus poderosos medios, agitando uno y otro sector. Hasta hace poco este factor casi no influía en la formación de la vida política del Estado, [...] pero ahora surge otra vez y hay que tenerla en cuenta. [Refiere que recibió la visita del Doctor García Pintos y de la Señorita de Morelli y delegados de la juventud de su partido que consideraban delito al aborto].

Sin embargo, puesto en la posición en que me encuentro, yo en este asunto sigo la tesis liberal, [...] en el sentido de garantizar a la madre y de garantizar las posibilidades de que esa madre pueda tener cuando se le ocurra, los hijos que crea conveniente. (Ídem)

Los diputados socialistas Troitiño y Frugoni también señalan a la Iglesia Católica como la gestora de esta campaña. Frugoni manifestaba que:

La Comisión ha adoptado a este respecto una variación de actitud que resulta desconcertante. Primeramente se presentó a la Cámara con un proyecto de ley modificando el Código Penal, en el cual se establecía la impunidad para el aborto en determinadas condiciones. Era, indudablemente, una modificación mucho más aceptable que la que se propone ahora, y lo curioso es que Diputados que votaron aquella primera reforma del Código [...] vienen ahora patrocinando esta otra reforma, que es ya la derogación de los principios fundamentales de aquella conquista, porque [esta ...] se deroga cuando dictamos nosotros una disposición que empieza por declarar que el aborto es delito, eso sólo, para decir inmediatamente que no se castiga, tratándose de la mujer que se hace abortar a sí misma, creándose por consiguiente una extraña figura penal: la de un delito que, a pesar de serlo, no debe castigarse. [...] ¿Qué es lo que nos propone este proyecto? Desde luego un principio cuya juridicidad me parece muy discutible: el de que declaremos abiertamente que hay delitos que no deben ser castigados [...] en eso, a pesar de esa declaración primera de que se trata de un delito, las cosas quedan tal como están ahora con relación al código nuevo [...]. Esta reforma haciendo una concesión absurda y exagerada a esa campaña encabezada por los católicos en nuestro país, hace intervenir la penalidad, [...] ¿contra quienes? Contra los que colaboran con esa madre, contra los profesionales que quieren prestar sus servicios [...], entonces vamos a llegar a esta monstruosidad que por el órgano de la ley vamos a estar estimulando a la realización del aborto sin colaboración de nadie. (Ídem: 16, 19, 20)

El diputado socialista Troitiño hizo una intervención denunciando la hipocresía social:

Todo Montevideo conoce médicos y parteras que se han enriquecido ayudando a cometer el delito y todo el mundo sabe que señoras de nuestras sociedad, cuyos nombres figuran quizá en las campañas contra el aborto que han cometido el mismo delito, jamás han sido molestadas por nadie, ni serán molestadas para pagar las consecuencias de ese acto. (Aplausos en la barra). (Ídem: 227).

Una discusión particular mereció el amparo a los médicos que esta ley propiciaba al decir del representante Tusó:

En este artículo se precisa bien la aspiración de amparar al gremio [...] Por una parte se le da al médico la oportunidad de la coartada, de establecer el caso según su saber y entender ante el Ministerio de Salud Pública, y por la otra, se interrumpe el procedimiento judicial habitual para darle algo así como un fuero propio al médico, impidiendo que sea sometido al procesamiento” (Ídem: 230).

Fue entonces Regules quien defendió esa medida, aceptando, en primer término,

Puede ser que se facilite alguna coartada al médico, [...] pero se ha hecho con el propósito de defender a los médicos de un procesamiento que podría ser sorpresivo con la intención también de no crear un fuero y, además de establecer una justicia más perfecta. (Ídem: 220).

Balance de los años de despenalización

El período de vigencia de la despenalización del aborto fue muy fugaz, solo fue efectiva para que se pudieran practicar abortos en clínicas privadas a costo de las pacientes. De acuerdo a los informes parlamentarios presentados en 1937, el número de abortos no había aumentado:

En un año que se aplica la nueva ley ocurre un hecho paradójal: en lugar de aumentar la estadística oficial de las complicaciones por aborto, la vemos bajar. ¿Qué ocurre? ¿Se abortará menos? No; es que la gente ha rodeado el acto de garantías y como antes se contaban los abortos en las maternidades por el número de complicaciones, estas han disminuido y por ello se atienden menos enfermos. [...] La ley actual ha otorgado libertad de acción al profesional y garantido hasta cierto punto la asistencia con la intervención del médico. (Ídem, tomo 416: 131)

Años después en un análisis más detallado Turenne llegó a la misma conclusión con el apoyo de una periodización acompañada de una proporción de abortos a partos. A estos períodos los denominó de: “ignorancia pública” (enero a julio de 1934), proporción 43,6%; “latencia” (julio a diciembre), proporción 44,2%; de “conocimiento” (enero a julio de 1935), proporción 37,5%; “del calumniosamente llamado aborto libre” (julio a diciembre de 1935), proporción 36,9%. “Y ¿qué ha sucedido después? Desde que el nuevo Código, con sus severas penalidades, está en vigencia, hemos alcanzado en 1940-41 cifras que oscilan entre el 42% y el 45%” (Turenne, 1942: 490).

No sólo había disminuido el número sino que se logró que “los abortos se realizaran en condiciones científicas que ponen a la madre a cubierto de gran cantidad de peligros”, manifestaba el diputado socialista Emilio Frugoni, defensor de la despenalización, durante el debate parlamentario. “El nuevo Código le ha salvado la vida a un número apreciable de mujeres” concluía el diputado socialista.

La Ley 9.763 declaró delito al aborto. Sin embargo, en las causas atenuantes o eximentes que figuran en el artículo 328, se aceptó una amplia gama de situaciones tales como el móvil del honor, eliminar el fruto de una violación, causas graves de salud y razones de angustia económica. La resolución quedaría en manos de la Justicia. Frugoni (1940: 208) denunció la incongruencia que se estaba votando: “una ley que empieza por declarar que el aborto es delito, eso sí para decir inmediatamente que no se castiga”, era contradictoria. “Un remiendo de tela católica cosido con hilos liberales” fue el juicio de Turenne sobre estas enmiendas, que perturbaban, “la lógica, la armonía y la orientación del Código Irureta Goyena” (Turenne, 1942: 23, 24; Sapriza, 1997: 141-142). Una suma de contradicciones fue la transacción lograda al finalizar el año 1937. Como toda negociación política, dejaba un saldo de insatisfacción en muchos protagonistas.

Volvemos a plantearnos ahora si hemos dado cuenta de la despenalización del aborto desde una perspectiva eugenista. Sabemos que no es una respuesta sencilla, ¿es posible obtenerlas en las ciencias humanas? Pero vale la pena repasar esta pregunta en el marco de las preocupaciones de la época referidas a la salud de la población. ¿Como resolver problemas tan complejos que afectaban a las nuevas generaciones y planteaban con premura la sobrevivencia de la “raza”?

Enumeramos algunas: la propagación de enfermedades venéreas, que, según datos manejados en el Senado en 1937, afectaba a un 20% de la población trabajadora y sabemos con qué horror se veía a las futuras generaciones afectadas por la degeneración que les acarrearía el contagio¹⁹. Para afrontar esos males se propusieron diferentes soluciones: certificado médico prenupcial, declarar delito al contagio venéreo, educación sexual, obligación de curarse. Ninguna de ellas pudo establecerse totalmente. Hubo diferentes “transacciones”, los resultados fueron “a medias”, educación sexual sí, pero solo para los educadores; consultorios de eugenesia en todo el país, pero opta-

(19) De acuerdo a los exámenes preventivos realizados a trabajadores por la clínica médica municipal se llegaba a calcular un porcentaje elevado de enfermos –un 23.9% (D.SS. C.SS. tomo 164, 6 de diciembre de 1937: 702).

tivo, obligación de atenderse las enfermedades establecido en la Constitución, pero sin que se declarara delito la omisión.

El conjunto de problemas que afectaban a “la sobrevivencia de la raza” mereció una atención aparte: la mortalidad infantil asociada a la pobreza y la ilegitimidad, cuyos resultados eran alarmantes según datos de los Anuarios Estadísticos y los testimonios citados: llegaba a ser un cuarto del total de nacimientos e incluso había aumentado con respecto a otros años. Al abandono de niños y el infanticidio se sumaba el tema de la extensión del aborto. Las propuestas para atender estos problemas fueron varias y algunas de ellas se promulgaron. La protección a la infancia sistematizada en el Código del Niño (aprobado en 1934), con una serie de disposiciones que apuntaban a garantizar un infante eugénico –bien nacido y mejor desarrollado. Beneficios que se extendían a la madre, no solo a través del derecho al reconocimiento de la paternidad, sino por la extensión de los cuidados de salud prenatal; se agregó la promulgación de leyes de protección al trabajo de la mujer, en cumplimiento de convenios internacionales firmados con la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La despenalización del aborto forma parte de ese conjunto de medidas, tendiente a paliar las terribles consecuencias en salud que tenía la extensión de esa práctica en las mujeres de escasos recursos económicos. No atendía solo a ese aspecto. Los testimonios hablan de la preocupación por la multi-maternidad de las más pobres, y, ¿qué raza, qué pueblo, que nación se podía esperar que surgiera de los ranchos del Cerrito de la Victoria o del Pantanoso, como advertía Turenne? Esos lamentables “pingajos humanos” conformarían la amenazante “plebe macilenta” portadora de catástrofes futuras, a los ojos de estos planificadores eugenistas.

La documentación reunida puso de manifiesto que los conceptos que sustentaron la iniciativa de Irureta Goyena al despenalizar el aborto en el Código Penal eran los que circulaban en el contexto filosófico y jurídico internacional. La definición de “bien jurídico”, central en el pensamiento de Irureta Goyena para justificar que el aborto, aún siendo condenable moralmente, no constituía delito, era la tesis manejada por un conjunto de juristas alemanes y había sido discutido en distintos congresos europeos. La Liga por la Reforma Sexual integrada por personalidades tan salientes como Ellis, Hirschfeld, o Marañón, había aprobado en 1928 en Copenhague una declaración de no penalizar el aborto para evitar males mayores.

Estos conceptos se difundieron y circularon internacionalmente, alimentando los debates desarrollados en encuentros científicos y de población en América Latina. En el Primer Congreso Científico Panamericano de Lima en 1934 se pidió la exención de pena para el aborto en casos de violación. En Chile se desarrolló un encendido debate sobre el aborto en el mismo pe-

río en que se desarrollaba la discusión en el Parlamento uruguayo. Estas constataciones nos permiten concluir que el codificador uruguayo no fue tan original, sus ideas respondían al espíritu de su tiempo. A que las “sociedades contemporáneas tienen más finura y más sensibilidad que las pretéritas” como decía el jurista español Jiménez de Asúa. Irureta Goyena las hizo suyas y las plasmó en el Código Penal. Allí se cerró una etapa.

El Código Penal fue sometido a un doble trámite. Pasó del terreno de la teoría a la práctica. Tuvo que pasar por varias pruebas: la legislativa, la de la opinión pública, la de los organismos de salud que se sintieron involucrados, la de los médicos, y la opinión de la Iglesia Católica. La sabiduría con la que jugaron estos inesperados actores del Uruguay laico, en una coyuntura que les favorecía ciertamente, explica el logro de interferir las “intenciones eugénicas” del codificador y de gran parte del elenco político de la época. El resultado fue una transacción como se dijo claramente en Cámara. Y respondió, también, al Uruguay de la “medianía”: en la misma forma en que se había resuelto la polémica sobre educación sexual o certificado médico prenupcial, fue resuelto el tema del aborto, “a medias”.

Addenda

Más que conclusiones sobre el “estado del arte” de la deriva histórica del aborto en el Uruguay estos párrafos finales tienen la intención de cerrar y a la vez abrir el estudio a nuevas interrogantes sobre qué sucedió con esta práctica (su represión, la casuística, los juicios, las penas aplicadas, las iniciativas para abolirlo, aceptarlo o tolerarlo) en un terreno que comprende cuatro décadas cruciales, las que se extienden desde los años ‘40 hasta comienzo de los ‘80. Décadas críticas para nuestro país si se tienen en cuenta, tanto el marco de la crisis, la dictadura y la implantación del terrorismo de estado, como, desde este enfoque, la aparición de la pastilla anticonceptiva.

Parecería que es necesario avanzar sobre esos temas en particular en el tratamiento del pasado reciente –el período de la dictadura– que ha merecido abordajes historiográficos particularmente recostados a los hechos políticos, silenciando otros de no menor importancia. Encuentro de particular validez los que se refieren al cuerpo y la sexualidad de las mujeres, como estrategia para abordar lo que se dice y lo que se omite del período. Resulta obvio señalar la pertinencia de esta perspectiva recordando con Foucault (1987) que los “dispositivos históricos de producción de la sexualidad se orientan según

grandes estrategias de saber y de poder”²⁰. Reguladas por la dimensión de género que

constituye un criterio de prueba casi universal en las construcciones de la identidad grupal, la memoria histórica y los mitos sobre el origen y el poder socialmente legítimo. Además, en épocas de flujo o transformación la afirmación de los papeles de género como un orden natural al que debemos hacer volver la sociedad o a través del cual recuperará sus anclas históricas, imparte al género una cualidad aparentemente fija, la interpretación social de la diferencia sexual. (Stern, 1995: 409)

“En el cuerpo se ha instalado lo inamovible de la individualidad” agrega la psicoanalista argentina Silvia Bleichmar (Gilio, 2002). El cuerpo está presente en gran cantidad de problemas que tienen que ver con lo político y con la organización de la sociedad. Bleichmar se refiere concretamente al abuso y a la tortura, hace referencia además a las migraciones y la violencia intrafamiliar, definiendo, “el cuerpo [como] la propiedad última del ser humano”.

Al promediar el período entra en escena la anticoncepción hormonal, anunciada pioneramente por nuestro obstetra Turenne (1937: 451). La pastilla anticonceptiva dio pie a la llamada “revolución sexual”, la separación de la reproducción y el placer, y el otorgamiento de una autonomía del cuerpo a las mujeres, desconocida hasta el momento. “Es justamente a partir de la década de 1960 que tiene lugar la llamada “segunda revolución contraceptiva”, afirma la demógrafa Adela Pellegrino (2004: 184),

cuando se generaliza el uso de anticonceptivos eficientes. El descubrimiento de la pastilla anticonceptiva puede ser considerado como el o por lo menos como uno de los avances tecnológicos de este siglo que tuvieron consecuencias más importantes sobre los comportamientos sociales. Si bien las sociedades dispusieron siempre de algún tipo de mecanismo orientado a controlar los nacimientos, la generalización de anticonceptivos eficientes tuvo una trascendencia sin precedentes en la vida de las parejas y fundamentalmente de las mujeres, ya que permitió disociar definitivamente la sexualidad de la reproducción.

Llamativamente durante el largo período dictatorial se observa un intento de modificación de la norma penalizadora del aborto en el año 1978. La iniciativa que no prosperó correspondió al Dr. Miguel Langón en ejercicio

(20) Ubico a Foucault en el corazón de un pensamiento preocupado por las minorías, los silenciosos y las culturas oprimidas, volcado a la reflexión sobre las periferias y los márgenes en sus relaciones de poder. Una producción que tuvo un impacto mayúsculo sobre las ciencias sociales; y abrió nuevas perspectivas a la historia; la de las mujeres y los sectores subordinados se beneficiaron particularmente con esta apertura.

del Ministerio Público. El proyecto se presentó como “Interrupción voluntaria de la gravidez”:

Considerando inadecuado, por sus connotaciones negativas, el título de la ley de aborto, se prefirió, de conformidad con la legislación comparada en la materia, denominar a la ley bajo el rubro de Ley sobre la voluntaria Interrupción de la gravidez, que es precisamente el tema central que refiere la misma. (Langón, 1985: 25).

Al tiempo que la iniciativa quedaba frustrada por intervención del Comandante en jefe del Ejército de la dictadura²¹, ese mismo año fue denominado como Año de la Natalidad.

La recuperación de una “memoria del cuerpo”, incluye la sexualidad, la afectividad, pero también el cuerpo productivo/reproductivo a lo que se suma el cuerpo disciplinado por los discursos autoritarios del periodo. La manifestación de ese control sobre los gestos y el comportamiento y sus transformaciones en esas décadas debería constituir el campo de análisis de futuras investigaciones. Incluyendo aquellas destinadas al rescate pocas veces abordado de la memoria inscripta en el cuerpo de varones y mujeres.

Bibliografía citada

- Barrán, J. P. (1989-1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1989b). “Advertencia”. En G. Caetano y R. Jacob, *El nacimiento del terrismo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1992a). “Historia de la sensibilidad. Un cambio en la mirada de la historia”. Ponencia presentada en el Seminario *Mujeres e historia*, organizado por FESUR/GRECMU/Trilce, Montevideo.
- Barrán, J. P. (1992b). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. y B. Nahum (1979). *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, tomo I – novecientos.

(21) El relato de las circunstancias de la elaboración y finalmente su frustración fue proporcionado a la autora por el Dr. Langón en entrevista realizada en Montevideo el 3 de marzo de 2009.

- Becerro de Bengoa, M. (1922). *Gotas Amargas. El aborto criminal y la Ley*. Montevideo: Imp. El Siglo Ilustrado.
- Benvenuto, L. (1969). “La quiebra del modelo”. *Enciclopedia Uruguaya*, no. 48. Montevideo: Editores Reunidos & Editorial Arca.
- Bergalli, P. (1892). *Maternidad*. Montevideo: Imprenta a gas la hormiga.
- Boletín Consejo Nacional de Higiene* (1923). Año XVIII.
- Caetano, G. (1996). *La República conservadora (1916-1929)*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Caetano, G. y Jacob, R. (1989). *El nacimiento del terrismo. 1930-1933*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Crónicas*, 1935.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes* (1937). Montevideo. Imprenta Nacional. Tomo 416 y 417.
- Diario de sesiones de la Cámara de Senadores* (1937). Montevideo: Imprenta Nacional, tomo 164.
- El Bien Público*, Montevideo, 1935, 1936-1938.
- El Debate*, 1937.
- El Día*, 1935.
- El Liberal*, Montevideo, 1908-1910.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI Editores.
- Frugoni, E. (1940). *La mujer ante el derecho*. Montevideo: Ed. Indo-americana.
- Gallinal, A. (1935). *Sobre aborto criminal. Antecedentes de oportunidad*. Montevideo: Imprenta Artística de Dornaleche Hnos.
- García Pintos, S. (1935). *El nuevo derecho al aborto libre*. Montevideo: Monteverde y Cía, conferencia pronunciada en el salón de actos de la facultad de medicina.
- García Pintos, S. (1936). *El derecho a nacer y el niño concebido como persona jurídica*. Montevideo: Ed. Juan Zorrilla de San Martín.
- García Pintos, S. (1990). *Labor Parlamentaria*. Montevideo: Edición de la Cámara de Representantes.
- Gilio, Ma. Esther (2002). Entrevista a Silvia Bleichmar. En *Semanario Brecha*, Montevideo, 31 de mayo.
- Grossi Aninat, A. (1941). *Eugenesia y su legislación*. Santiago de Chile: Editorial Nascimento.
- Herrera y Reissig, J. (1992). *El pudor y la cachondez*. Montevideo: Ed. Arca.
- Ideas y acción*, 1937.
- Irureta Goyena, J. (1932). *Delitos de aborto, bigamia y abandono de niños y de otras personas incapaces*. Montevideo: Casa Barreiro y Ramos, conferencias orales (versión taquigráfica).
- Jiménez de Asúa, L. (1942). *Libertad de amar y derecho a morir*. Buenos Aires: Ed. Losada.
- La Mañana*, Montevideo, 1935, 1936-1938.
- Langón Cuñarro, Miguel (1985). “El proyecto de ley uruguayo sobre voluntaria interrupción de la gravidez del año 1979”. *Revista La Justicia Uruguaya*, tomo 91.
- Luisi, P. (1916). *Algunas ideas sobre eugenia*. Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado.
- Luisi, P. (1919). *Para una mejor descendencia*. Buenos Aires: Casa Editora Perrotti.
- Luisi, P. (1948). *Otra voz clamando en el desierto. Proxenetismo y reglamentación*. Montevideo: CISA.
- Marañón, G. (1934). *Tres ensayos sobre la vida sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mattelart, A. (1967). *¿A dónde va el control de la natalidad?* Chile: Ed. Universitaria.

- Narancio, E. y Capurro, F. (1939). *Historia y análisis estadístico de la población del Uruguay*. Montevideo: Peña y Cía. Imprenta.
- Pellegrino, A. (2004). “Aspectos demográficos”. En *El Uruguay de la dictadura (1973-1985)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Pollero, R. (1994). *La transición demográfica en el Uruguay*. Montevideo (mimeo).
- Rodríguez Villamil, Silvia y Graciela Sapriza (1982). *La inmigración europea en el Uruguay. Los italianos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Sapriza, Graciela (1997). “Mentiras y silencios. El aborto en el Uruguay del Novecientos.” En José Pedro Barrán, Gerardo Caetano y Teresa Porzecanski (orgs.), *Historias de la vida privada en el Uruguay. Tomo II El nacimiento de la intimidad. 1870-1920*. Montevideo: Santillana.
- Stern, S. (1995). *La historia secreta del género*. México: F.C.E.
- Torrado, S. (1993). *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires: Flor-CEM.
- Turenne, A. (1926). *El aborto criminal es un grave problema nacional*. Montevideo: S.M.U., conferencias dictadas en el Sindicato Médico del Uruguay.
- Turenne, A. (1929). *La maternidad consciente*. Montevideo. S.M.U., conferencias dictadas en el Sindicato Médico del Uruguay.
- Turenne, A. (1937). “La lucha contra el aborto voluntario”. En *Conferencias pronunciadas en la Facultad de Medicina, en el Ateneo y en Buenos Aires, 1935-1936*. Montevideo: Facultad de Medicina/Tipografía Atlántida.
- Turenne, A. (1942). “Los estragos crecientes del aborto y los efectos de las enmiendas del Código Penal”. En *Conferencias pronunciadas en la Facultad de Medicina, en el Ateneo y en Buenos Aires, 1935-1936*. Montevideo. Ministerio de Salud Pública.
- Turenne, A. (1942). “El contralor de la concepción”. En *Conferencias pronunciadas en la Facultad de Medicina, en el Ateneo y en Buenos Aires, 1935-1936*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Zubillaga, C. (2002). *Historia e historiadores en el Uruguay del S. XX. Entre la profesión y la militancia*. Montevideo: Librería FHCE.

La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay

Alejandra López Gómez, Gualberto Arribeltz, Alicia Alemán,
Elina Carril, Grazzia Rey

Introducción

Este capítulo tiene como principal objetivo analizar la realidad de la práctica clandestina del aborto voluntario, en sus dimensiones y determinantes sociales, psicosociales y sanitarios, a la luz de los principales hallazgos de investigación relevados en nuestro país. A su vez, se presentan las respuestas institucionales generadas desde el sector salud frente a la práctica insegura del aborto, especialmente aquellas definidas desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), en su rol de organismo rector de las políticas de salud en el país. A modo de presentación inicial se pone a consideración información general sobre precisiones terminológicas y conceptuales sobre aborto, tipos de práctica y técnicas utilizadas.

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una búsqueda de resultados de investigación sobre aspectos psico-sociales, culturales y sanitarios publicados por autores/as uruguayos en libros, capítulos de libros y artículos, entre los años

1985 y 2008¹. Se consultaron diferentes fuentes: base de datos de la Biblioteca Nacional; bibliotecas de los servicios de UdelaR; base de proyectos y publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC, UdelaR), estudios realizados por organizaciones no gubernamentales, agremiaciones profesionales y universidades privadas. El relevamiento realizado permite afirmar que existe escasa investigación nacional sobre estas dimensiones de la práctica del aborto, que haya sido publicada y se encuentre disponible, si bien se puede señalar que en los últimos años existe una mayor concentración de estudios, fundamentalmente generados por organizaciones no gubernamentales y por investigadores/as de la UdelaR en consonancia con el contexto de debate social y político que vive el país respecto al marco jurídico sobre aborto.

A modo de información general sobre aborto: Definiciones y clasificaciones

La palabra aborto proviene del latín *abortus* o *aborsus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a *orior*, o sea, lo contrario a nacer. El aborto es la interrupción del desarrollo del embrión o el feto durante el embarazo. La Real Academia Española (22^o edición) define aborto como la “interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas”.

Un aborto se define como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio (pared interna del útero), antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, previo a que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente. De acuerdo a la tradición médica, la viabilidad fetal se logra luego de las 20-22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación. Luego de este periodo, se habla de muerte fetal, parto prematuro y no de aborto (OMS, 1997 y 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el aborto como la interrupción de la gestación cuando el producto de la concepción pesa hasta 499 gramos, lo que habitualmente ocurre antes de las 20 semanas de embarazo. Dado que el peso fetal es un dato más preciso y objetivo que la amenorrea, si no existe coincidencia entre ellos, debe prevalecer el dato del peso fetal. En Uruguay, desde el punto de vista médico-legal, para los productos sin vida de un embarazo que sean mayores de 500 gramos, es obligatorio completar el certificado de defunción prenatal, no así para los menores de dicho peso.

(1) A posteriori se incluyeron algunos artículos publicados en 2009-2010.

El aborto puede clasificarse en dos tipos: espontáneo e inducido. Dentro de la segunda categoría, se incluye el aborto voluntario. El **aborto espontáneo** ocurre cuando un embrión o el feto se pierde por causas naturales y sin que medie voluntad de eliminar al *nasciturus* por parte de la mujer o por parte del médico. Son los que se producen en ausencia de maniobras facilitadoras, es decir sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. Se estima su frecuencia en alrededor del 15% del total de los embarazos.

El **aborto inducido** es el que surge como resultante de maniobras practicadas con la intención de interrumpir el embarazo. Estas pueden ser realizadas por la propia mujer o por otra persona por encargo de ésta. También se ha definido como la interrupción provocada del desarrollo vital del embrión o feto –con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal–, que se realice antes de que la gestación haya alcanzado las 20 semanas. Los abortos inducidos pueden ser legales o ilegales, dependiendo de los marcos jurídicos vigentes en cada país. El aborto ilegal, aquel realizado en contextos donde las leyes lo prohíben y/o lo consideran un delito punible, se realiza generalmente en los circuitos clandestinos y, por definición, se trata de abortos inseguros.

El aborto se clasifica también en función de los motivos para practicarlo. Los abortos inducidos se clasifican en distintos tipos:

- a) *aborto terapéutico*: es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada, es decir que se justifica para salvar su vida o cuando la continuación del embarazo o el parto representan un riesgo grave para su salud;
- b) *aborto eugenésico*: es el realizado cuando se busca evitar que el niño nazca con una enfermedad congénita o genética grave, que lo coloque en riesgo de muerte o con inviabilidad fetal extrauterina o que lo condene a discapacidades severas permanentes;
- c) *aborto ético o humanitario*: cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción delictiva, fundamentalmente violación o relaciones incestuosas;
- d) *aborto psicosocial*: es el realizado cuando la mujer no puede o no desea mantener el embarazo por razones personales, familiares, económicas, sociales, etc. Es indiscutible que esta situación incluye el mayor porcentaje de abortos practicados en el mundo. El aborto psicosocial y el aborto ético o humanitario se agrupan como abortos electivos o voluntarios. De ellos, los que ocurren durante el primer trimestre, representan el 80% de los casos en todo el mundo.

Prácticas y técnicas

Existen distintos procedimientos para la interrupción de un embarazo, los cuales pueden ser definidos como seguros e inseguros desde el punto de vista sanitario, dependiendo si se cumplen o no determinados estándares de calidad. Desde el punto de vista técnico, se puede clasificar en aborto con medicamento y aborto quirúrgico. A su vez, se pueden identificar un conjunto de prácticas que se basan en el conocimiento colectivo del saber popular, generalmente vinculados a prácticas inseguras.

a) El aborto con medicamento

El aborto con medicamento consiste en la administración de agentes farmacéuticos para propiciar la expulsión del contenido del útero. También se lo denomina aborto farmacológico, aborto químico u aborto farmacéutico.

A partir de fines de la década del 60 se comenzaron a utilizar las prostaglandinas en ginecología y obstetricia. La primera clínicamente utilizada fue la F2a, actualmente en desuso. Luego se incorporó la PgE2 y, a partir de la década del 80, el misoprostol se incluyó para distintos usos en ginecología y obstetricia, luego que la Foods and Drugs Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó en 1992 su uso para el tratamiento de la dispepsia. El misoprostol fue creado originalmente para tratar algunas úlceras gástricas. Es eficaz en el tratamiento del aborto incompleto o aborto espontáneo, así como en otras complicaciones del embarazo, incluida la hemorragia posparto. También es utilizado por sí solo o con mifepristona para inducir el aborto. Su uso se ha extendido en los últimos años en los países en desarrollo, donde existen altas tasas de mortalidad materna a consecuencia de hemorragia posparto, aborto inseguro y aborto espontáneo. En los países con leyes no restrictivas respecto al aborto voluntario, el aborto con medicamento es una de las vías más utilizadas para la interrupción del embarazo.

En abril de 2009, la OMS añadió al misoprostol a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, para su uso en el tratamiento de aborto y aborto incompleto, basándose en la eficacia y seguridad probada del medicamento. La lista de la OMS de medicamentos esenciales es una orientación para el desarrollo de las listas nacionales e institucionales de medicamentos y tiene la finalidad de

centrar los recursos en medicinas que ayudan a evitar y resolver los problemas más graves de salud. La lista también favorece la preparación médica de ayuda humanitaria para los casos de urgencia, ya que sirve de guía para organizaciones que suministran medicamentos a países en desarrollo y/o en crisis.

Un análisis de revisión de los datos de venta utilizados por las empresas farmacéuticas en los últimos seis años, mostró que gran parte del misoprostol vendido es una combinación de este medicamento y otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), que se vende principalmente en Norteamérica y Europa Occidental. La mayoría de las formulaciones que utilizan únicamente misoprostol se venden en Asia, con importantes aumentos en ventas en Bangladesh y la India, donde se pueden adquirir muchas de las marcas a precios bajos. En África y Oriente Medio, las ventas han aumentado pero el misoprostol no está ampliamente difundido (Fernández et al, 2009)

El misoprostol se encuentra disponible en más de 80 países en el mundo. Es económico, estable a temperatura ambiente, fácil de transportar y de administrar y no requiere refrigeración, aún en climas cálidos. Es por esto que este medicamento cuenta con el potencial de expandir el acceso al aborto seguro, en países sub-desarrollados y en aquellos con marcos regulatorios restrictivos.

Según un estudio realizado por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), son variadas las marcas de misoprostol que se comercializan en América Latina y El Caribe y generalmente las presentaciones son en forma de tabletas orales de 200 ug y sólo un medicamento se presenta en forma de comprimidos vaginales de 25, 50, 100 y 200 ug. Algunas presentaciones asocian al misoprostol la presencia de un antiinflamatorio. 17 laboratorios producen el medicamento siendo el Laboratorio Pfizer el que tiene más presencia en los países. Cuatro presentaciones que se comercializan son de producto genérico y 35 corresponden a específicos. Es generalmente obligatoria la receta médica, pero el medicamento se puede obtener sin la misma en el mercado informal, farmacias o droguerías. El costo varía notablemente de un país a otro, siendo exagerado en aquellos países donde se lo obtiene clandestinamente. Mayormente las regulaciones establecen que el medicamento es de uso gastrointestinal. En 12 países se acepta algunas indicaciones obstétricas y de uso intrahospitalario, para la inducción del parto, huevo muerto y retenido y/o manejo de hemorragia postparto. Se han registrado pocas iniciativas específicas para restringir el acceso al misoprostol. Según este informe, a pesar de la gran producción de publicaciones que sobre el misoprostol se han realizado a nivel global, en la región se han producido muy pocas (CLACAI, 2007).

En Uruguay en el año 2006 el Ministerio de Salud Pública autorizó el uso intrahospitalario del misoprostol para fines obstétricos. Desde entonces, este medicamento se puede utilizar en los centros hospitalarios para inducción del parto, manejo de hemorragia postparto, huevo muerto y retenido y aborto

incompleto, utilizando los esquemas recomendados por la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG).

Está autorizada su venta en farmacias bajo receta médica (emitida por un médico gastroenterólogo) para el tratamiento de úlceras duodenales. Hasta el año 2006 no se requería de receta para su compra en farmacias. En ese año el MSP –a partir de acciones realizadas por sectores de profesionales contrarios al aborto legal– estableció la obligatoriedad de uso de la receta médica para su adquisición en farmacias, lo cual restringió el acceso del medicamento en el mercado formal. Como consecuencia, se generó un mercado informal y clandestino donde puede obtenerse el medicamento a altos costos y sin garantías de seguridad de la medicación. El aborto con medicamento ha generado un sistema de venta del producto que ha desplazado a las tradicionales clínicas clandestinas que realizaban aborto quirúrgico. La práctica del aborto por medicamento como método eficaz, seguro y ambulatorio de interrupción temprana de embarazo, ha modificado las prácticas de aborto provocado, especialmente en contextos legales restrictivos. Varios estudios reportan que las mujeres prefieren el uso de este método al aborto quirúrgico, en particular en contextos de ilegalidad de la práctica (Carril y López, 2008a).

La literatura científica reporta pocas contraindicaciones para el uso del misoprostol en la interrupción de un embarazo precoz, siempre y cuando el procedimiento tenga un seguimiento técnico adecuado. Pero, no es recomendable su uso, en especial en mujeres con infección urinaria, enfermedades cardiovasculares, hipertensas o con anemia severa. Las contraindicaciones para usar misoprostol son embarazo ectópico (confirmado o sospechado), alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, uso actual de corticoesteroides sistémicos de acción prolongada o insuficiencia renal crónica (IPAS, 2005).

El misoprostol –en sus diferentes usos obstétricos– puede ser administrado por vía oral, sublingual, vaginal y/o bucal. El esquema utilizado con mayor frecuencia para la interrupción de un embarazo temprano es de 800 ug vía vaginal cada 6 a 12 horas hasta completar tres dosis (para embarazos menores a 12 semanas) y de 800 ug vía vaginal cada 3 a 4 horas hasta completar tres dosis (para embarazos iguales o menores a 9 semanas). La vía vaginal es la primera elección, si bien se puede usar la vía sublingual si la mujer lo prefiere. Tiene una eficacia del 92 al 98 % en embarazos iguales o menores a 9 semanas de gestación, desde la fecha de inicio la última menstruación. Los efectos secundarios más comúnmente reportados son: náuseas, diarrea, dolor abdominal, temperatura corporal igual o mayor a 38 C, estreñimiento, cefalea,

temblor y vértigo. El temblor y la fiebre son transitorios y habitualmente ceden a las dos horas (FLASOG, 2007)².

b) El aborto quirúrgico

Existen distintas técnicas para realizar un aborto quirúrgico. Para que éste sea seguro, se requiere de personal entrenado en la realización del procedimiento así como instrumental adecuado y condiciones higiénicas del establecimiento de salud donde se realice, incluida una adecuada orientación, seguimiento y acompañamiento técnico (OMS, 2003).

En Uruguay se estimó que hasta el año 2002, el 80% de los abortos provocados se producían mediante técnicas quirúrgicas (Sanseviero et al., 2003). Si bien no se disponen de nuevas estimaciones luego de esta fecha, es altamente probable que la introducción del misoprostol en el mercado clandestino, haya producido importantes variaciones en estas cifras. Estudios parciales reportan una tendencia creciente al uso de misoprostol por parte de las mujeres en Uruguay (Carril y López, 2008a; Briozzo, 2008, RUDA/AUPF, 2008). Estos hallazgos son coincidentes con reportes disponibles en otros países de la región³.

El legrado uterino instrumental (LUI) es un procedimiento mediante el cual se vacía el útero raspándolo con instrumental metálico. Otra denominación de este método es dilatación y curetaje. El LUI se efectúa usando dilatadores mecánicos para abrir el cuello uterino y curetas de metal para raspar las paredes uterinas. Por lo general, este procedimiento requiere sedación intensa y anestesia general y, debido a un mayor riesgo de complicaciones, debe efectuarse sólo cuando no sea posible practicar otros métodos menos invasivos.

La aspiración endouterina es una técnica mediante la cual se extrae el contenido del útero, aplicando succión a través de una cánula que se introduce en el orificio cervical hacia la cavidad del útero. Según la OMS, la aspiración endouterina se suele practicar hasta las 12 o 15 semanas de gestación, según el instrumental disponible y las habilidades y capacitación del prestador de servicios de salud. La aspiración endouterina puede subdividirse en dos tipos: aspiración eléctrica endouterina (AEEU) y aspiración manual endouterina (AMEU), la cual utiliza un aspirador no eléctrico. La mayoría de los instrumentos empleados para efectuar la AMEU son aspiradores portátiles. Este método tiene ventajas comparativas con el LUI ya que tiene bajo riesgo de infección y/o lesión, se requiere de poca o

(2) Para información técnica sobre uso del misoprostol puede consultarse: www.misoprostol.org; www.clacai.org; www.medicalabortionconsortium.org

(3) Ver Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro: www.clacai.org

ninguna dilatación del cuello uterino, se puede realizar como un procedimiento ambulatorio y se necesitan menos anestésicos (IPAS, 2005).

c) Prácticas “populares”

Existen un conjunto de prácticas “populares” para la interrupción de un embarazo. Estas se transmiten oralmente de generación en generación y habitualmente son definidas como aborto inseguro, tomando en cuenta –tal como establece la OMS– que las mismas no cumplen con estándares de calidad, no responden a evidencias científicas disponibles, no son realizadas por personal calificado ni se realizan en condiciones higiénicas (OMS, 2003). En la literatura nacional relevada se describen las variantes de técnicas abortivas inseguras existentes distinguiendo entre sustancias abortivas y maniobras abortivas (Nuñez, 1989; Borges et al., 1988; Sanseviero et al., 2003).

Las llamadas sustancias abortivas son tóxicas y de dosificación incierta, lo cual puede provocar daños, coma y/o muerte de la mujer. Son sustancias de origen vegetal dentro de las que se encuentran: ruda, perejil, salina y azafrán, tejo, hierba hombriguera, cornezuelo de centeno, sales de quinina. Existen también de origen mineral denominado extracto de saturno, que contiene plomo. También se encuentra el fósforo, mercurio, arsénico. Se ha constatado el uso de permanganato de potasio en forma de pastillas, producto cáustico y dañino para la vagina pero que no produce aborto.

Entre las maniobras abortivas clasificadas como inseguras se ubica la dilatación del cuello con tallos de laminaria o por agujas de tejer. Para pinchar o desprender el huevo, se utilizan en forma casera, sondas, tallos de hierbas, varillas metálicas, plumas, agujas de tejer, agujas y otra serie de objetos punzantes. Otro tipo de maniobra insegura es el método de injuria por acción química sobre el huevo. Consiste en la inyección intrauterina a través de la pared abdominal de una solución de formol al 40% o una solución hipertónica de cloruro de sodio al 50% o suero glucosado hipertónico.

Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la sepsis. Complicaciones menos comunes pero muy serias son el shock séptico, la perforación de los intestinos y la inflamación del peritoneo. Las mujeres pobres, con menor nivel educativo, con menor acceso a información y recursos y aquellas que viven en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros y de prestadores de servicios sin capacitación. Éstas son, por tanto, las que tienen mayor probabilidad de sufrir efectos mórbidos graves (OMS, 2003).

Aborto inseguro, mortalidad y morbilidad materna en Uruguay

Los contextos legales restrictivos, las censuras sociales que condenan embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquellas que no tienen pareja formal; la falta de acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; el no reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica del aborto inseguro. Éste es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa a nivel regional y mundial, en la muerte y en la morbilidad severa de mujeres en edad reproductiva (OPS, 2003).

En los contextos de ilegalidad y penalización, las prácticas de aborto inducido pueden ser definidas como inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que lo practica (cuando éste interviene) (Pinotti y Faúndes 1989; Faúndes y Barzellato, 2005).

Los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones sanitarias en las que se realiza la práctica no son adecuadas o cuando las mujeres carecen de todo tipo de apoyo familiar, social y/o de acceso a información confiable y técnicamente calificada.

El aborto inseguro es un asunto relacionado con la equidad y la justicia social, ya que cuando se produce en la ilegalidad y la clandestinidad, son las mujeres más pobres quienes arriesgan sus vidas y su salud. Sin embargo, cuando se considera el aborto inseguro como un problema de salud pública pocas veces se repara en el impacto psicológico que tiene esta práctica producto de su realización en contextos adversos. Las marcas en la subjetividad que deja la experiencia del aborto clandestino y el aborto inseguro han sido escasamente exploradas por quienes investigan en este campo (Carril y López, 2008a).

La muerte materna es definida por la OMS (OPS/OMS, 1995) como

la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Estadísticamente, se considera el número de muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos. Durante el embarazo, las causas más importantes de mortalidad materna son las hemorragias post parto, la hipertensión (o “toxemia”) y el aborto inseguro.

La mortalidad materna es un problema relevante para la salud pública y el desarrollo de los países. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo por lo que implica de pérdida de vida humana, sino también para sus hijos y su familia. Las repercusiones sociales y económicas son diversas: un número importante de niños y niñas quedan huérfanos comprometiéndose su normal desarrollo emocional y la alimentación y cuidados durante la infancia así como su rendimiento escolar; la pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, ya que una gran proporción de las mujeres en edad fértil pertenecen a la población económicamente activa. Las consecuencias negativas de esta tragedia trascienden generaciones. Cada vez que una mujer en edad reproductiva muere, los marcadores de mortalidad infantil, deserción escolar, consumo de sustancias psico-activas, violencia doméstica y pobreza aumentan sensiblemente en esa familia (Langer et al 1999; Sloan et al 2001; Kane et al 1992; Gajalakshmi et al 2002; Espinoza et al 2003). Las causas de la muerte materna y sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas han sido investigadas mediante el uso de la técnica de autopsia verbal, la cual es utilizada también en el estudio de la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil, la muerte por accidentes y el suicidio (OMS, 1995; Anker et al 1999; Soleman et al, 2006; Chandramohan et al, 1998 y 2005; Cárdenas 2000; OMS 2007).

En una gran mayoría de los casos, las muertes maternas son evitables y pueden representar un evento trazador de las limitaciones de los servicios de salud, incluida la calidad de atención y las barreras de acceso (Fathalla 1987 y 1992). Las intervenciones para prevenir las muertes maternas y sus causas están probadas, disponibles y la relación costo-efectividad es ampliamente favorable. Entre ellas se incluye la accesibilidad a programas de planificación familiar, el manejo apropiado del embarazo de alto riesgo, el uso de evidencias científicas disponibles para la atención del embarazo normal, el parto y el puerperio, la provisión de abortos seguros a nivel institucional y el tratamiento integral de sus complicaciones cuando el aborto fue provocado en condiciones de riesgo y la vigilancia de las muertes maternas como política activa que permita detectar no solamente el subregistro sino también las causas asociadas (OMS, 1995; OPS, 2003).

En nuestro país no se han realizado estudios en base a autopsias verbales, así como tampoco se han analizado sistemáticamente los factores sociales, culturales y sanitarios que han incidido para que estas mujeres tuvieran el trágico final (MSP, 2009). Este tipo de estudio permitiría identificar las causas por las cuales se producen estos desenlaces, tanto desde las actitudes de la mujer frente a los síntomas, las actitudes de los integrantes de la familia, como de los proveedores de salud y la respuesta de los servicios.

A escala mundial, según la OMS, ocurren en la actualidad 650.000 muertes maternas por año, lo que representa una defunción materna por minuto, siendo la amplia mayoría de ellas en países subdesarrollados. En América Latina y el Caribe y en la gran mayoría de los países del mundo donde el aborto está penalizado, el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna y de morbilidad severa. La diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que practican aborto en un contexto de legalidad y en un contexto donde es ilegal, es por demás significativa: una muerte por cada 100.000 abortos. Mientras tanto en países donde el aborto es ilegal, se producen 1.000 muertes por cada 100.000 abortos. Se estima que en América Latina y el Caribe, una de cada ocho muertes maternas resulta de un aborto inseguro. Cerca de un millón de mujeres en la región son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros (OMS, 2003).

Causas de mortalidad materna en Uruguay, 1980-2009

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de relativamente baja mortalidad materna en el escenario regional, entre otras cosas, debido al desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que se iniciaron a mediados del siglo XX, promoviendo el temprano control del embarazo y la atención institucional del parto. Sin embargo, el retraso en implementar políticas integrales hacia la salud de las mujeres y en particular en salud sexual y reproductiva, ha generado que en el sistema institucional de la salud perviviera durante muchos años una actitud pasiva frente al período del puerperio y frente a las complicaciones derivadas de los abortos inseguros.

En el año 2006, el MSP aprobó la creación de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio y aborto (MSP, Ordenanza N° 751, 20/11/06). La Comisión comenzó a funcionar en mayo de 2007 integrada por representantes de la Dirección General de la Salud (DIGESA, MSP), de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, de Facultad de Medicina y Escuela de Parteras de la Universidad de la República y del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, MIDES). La Comisión trabajó mediante un procedimiento de búsqueda activa y pudo registrar un número 50% superior de muertes maternas en comparación con registros anteriores, sugiriendo un importante sub-registro para los años previos al 2007.

En el informe presentado con los resultados 2007-2009 (MSP 2009), se señala que “la Comisión ha podido encontrar cifras oficiales proporcionadas por el Departamento de Información Poblacional de la DIGESA-MSP a partir

del año 1980. A esta tabla se ha agregado en las últimas filas los valores correspondientes a los años 2007, 2008 y 2009 elaborados por la Comisión”. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Cuadro 1. Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos (1980-2009)

Año	Nacimientos de recién nacidos vivos	Muertes maternas	
		Frecuencia absoluta	Razón /10.000
1980	53.860	27	5,1
1981	53.923	33	6,1
1982	53.594	20	3,7
1983	53.405	21	3,9
1984	53.348	10	1,9
1985	53.766	23	4,3
1986	54.080	14	2,6
1987	53.368	15	2,8
1988	55.797	10	1,8
1989	55.324	8	1,4
1990	56.514	9	1,6
1991	54.754	21	3,8
1992	54.190	14	2,6
1993	56.076	14	2,5
1994	55.990	12	2,1
1995	56.664	13	2,3
1996	58.862	11	1,9
1997	58.032	17	2,9
1998	54.760	11	2,0
1999	54.055	6	1,1
2000	52.770	9	1,7
2001	51.959	19	3,6
2002	51.953	18	3,4
2003	50.631	11	2,2
2004	50.052	9	1,8
2005	47.334	11	2,3
2006	47.422	6	1,3
2007	48.243	14	2,9
2008	46.814	4	0,9
2009	47.152	16	3,6

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

En el quinquenio 1995-1999 las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron 27,4% de las muertes maternas totales en Uruguay. En ese período se produjo un cambio de formularios: hasta 1996 se discriminaban las causas obstétricas directas de muerte materna y a partir de 1997 se comenzó a presentarlas agregadas.

En los años 1998 y 1999 cuando ya se discriminaban las causas obstétricas directas, en un total de 25 muertes maternas, las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro causaron 36% de la mortalidad materna, constituyéndose, en la primera causa de muerte materna, seguida en segundo lugar por “otras causas directas” con un 24% (Briozzo et al, 2002).

Cuadro 2: Causas de mortalidad materna (1995-1999)

	Año	1995	1996	1997	1998	1999	Total	Frecuencia absoluta / frecuencia relativa (%)
Aborto		5	4	4	3	1	17	27,4
Causas obstétricas directas		7	7	11	6	5	36	58,0
• Hemorragias		0	2	-	-	-	-	-
• Estados hipertensivos		1	1	-	-	-	-	-
• Infecciones genitourinarias		1	0	-	-	-	-	-
• Puerperales		2	1	-	-	-	-	-
• Otras		3	3	-	-	-	-	-
Causas obstétricas indirectas		2	0	2	5	0	9	14,5
TOTAL		14	11	17	14	6	62	100,0

Nota: En el año 1997 se modificó el tipo de formulario; a partir de entonces no se discriminan las causas obstétricas directas.

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

Si se analizan las causas de muerte materna desde el año 1999 hasta el año 2009, según el mencionado informe oficial, se puede observar que la muerte materna como consecuencia del aborto provocado en condiciones de riesgo, tuvo variaciones en el período. Se observa claramente un pico ascendente en los años 2001 y 2003 y luego una estabilización en una a dos muertes por año (MSP, 2009). Según se señala en el informe:

surge la pregunta del motivo por el cual la razón de mortalidad materna comienza a disminuir a partir del año 2002 pese a que la crisis económica se profundiza en los años posteriores y se mantiene por algunos años más; las explicaciones de este hecho son especulativas pero es importante tener en cuenta que esta disminución es principalmente debida a un descenso de la mortalidad secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo. Desde esta perspectiva, creemos que al menos existen varios factores que se intrincan y potencian y podrían haber tenido incidencia en la disminución de muertes por aborto provocado. Uno de los factores podría ser la aparición en el mercado de la droga misoprostol y la popularización de su uso. Es sabido que esta droga provoca la interrupción del embarazo con un riesgo bajo de complicaciones comparado con otros métodos. Actualmente la gran mayoría de los abortos se practican con esta droga, autogestionados por las propias usuarias e inclusive las clínicas clandestinas están utilizándolo para sus interrupciones. Es importante destacar que la curva de descenso de muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo en nuestro país es similar a la curva que ha habido en otros países de la región y del mundo, cuando la población ha adoptado al misoprostol como método abortivo de elección. El fenómeno misoprostol se ha visto potenciado debido al cambio experimentado en los equipos de salud los cuales cada vez son más receptivos y comprensivos ante la mujer en situación de embarazo no deseado. Este cambio de actitud ha motivado que estas mujeres sean incluidas en el sistema sanitario en vez de ser excluidas; algunas concurriendo al sistema de salud a solicitar información sobre las distintas opciones ante un embarazo no deseado y otras, una vez interrumpido el embarazo, concurriendo al sistema para evitar las complicaciones (MSP 2009: 13-14)

En el MSP no se cuenta con la historia clínica de las mujeres que han fallecido en los años anteriores al 2007, por lo que es poca la información que la Comisión pudo obtener de estas muertes. No obstante se pudo recabar el número de ellas por causa de aborto provocado en condiciones de riesgo y su frecuencia relativa, a partir del año 1999. Se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo (1999-2009)

Año	Nacimientos	Muertes maternas totales		Mortalidad materna por APCR	
		Frecuencia absoluta	Razón /10.000	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
1999	54.055	6	1,1	1	16,6
2000	52.770	9	1,7	0	0,0
2001	51.959	19	3,6	8	42,1
2002	51.953	18	3,4	5	24,8
2003	50.631	11	2,2	6	54,5
2004	50.052	9	1,8	1	11,1
2005	47.334	11	2,3	2	18,2
2006	47.422	6	1,3	2	33,3
2007	48.243	14	2,9	2	14,3
2008	46.814	4	0,9	0	0,0
2009	47.152	16	3,6	0	0,0

APCR: aborto provocado en condiciones de riesgo.

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

Respecto del aborto provocado en condiciones de riesgo, en el informe se establece:

podemos informar que en el año 2007 ocurrieron dos muertes, al igual que en los anteriores dos años, y en el año 2008 y 2009 no hubo ninguna muerte por esta causa. El porcentaje de muertes por aborto provocado en condiciones de riesgo en el total parecería mostrar una disposición descendente. Con respecto al número total de muertes maternas, podría llamar la atención el número registrado en el año 2007, que muestra un aumento con respecto a los años precedentes. La Comisión opina que este aumento podría ser debido al mejor sistema de vigilancia ya descrito con anterioridad a consecuencia de la creación de la Comisión. Luego de un estudio de los años precedentes aplicando la metodología de funcionamiento de la Comisión (y teniendo en cuenta que a mayor dilación la metodología tiene mayor imprecisión) hemos concluido que podría existir un subregistro importante en el número muertes de los años precedentes. Este subregistro ha mejorado a partir del año 2005, es moderado desde el año 2001 y podría ser muy importante con anterioridad a este año. (MSP, 2009: 14)

Finalmente, hay que señalar que el incremento de muerte materna producido en el año 2009 se debió a complicaciones secundarias a la infección de la influenza H1N1 y las restantes presentaron características epidemiológicas similares a años anteriores vinculadas a muertes ocurridas en el puerperio (MSP, 2009).

Morbilidad materna

Sin duda uno de los aspectos más relevantes del aborto en condiciones de riesgo lo constituye su importante morbilidad, origen de secuelas graves en muchos casos. No existen en Uruguay reportes globales sobre las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, que enfoque de manera integral la morbilidad derivada del mismo. Sólo existen algunos reportes parciales sobre las complicaciones más graves y a corto plazo de algunas series de pacientes que han ingresado a los CTI hospitalarios. Estos reportes que serán referidos en este apartado fueron elaborados hace ya varios años.

Esto puede deberse a diversos factores, entre los que se destaca en primer lugar la ilegalidad del aborto, lo que condiciona un subregistro que impide tener datos seguros. Además, no todas las mujeres que sufren complicaciones durante el aborto asisten a instituciones y/o consultas médicas, por lo que es difícil estimar y conocer la frecuencia con que se presentan sus consecuencias. Muchas de las complicaciones menores, pero que pueden dejar secuelas se resuelven automedicándose o recibiendo el consejo de gente amiga o vecinas que solucionan parcial o totalmente el problema. Otras veces pueden ser asistidos por un médico en domicilio, amigo, conocido o incluso dependiente de una institución pública o privada, al que se le oculta el antecedente inmediato del aborto. La consulta médica puede aplazarse por muchos motivos, entre ellos por vergüenza a preguntar e informarse sobre su estado de salud o para identificar signos de complicaciones, por desconocimiento del lugar donde deben acudir para asistirse, por temor a ser denunciadas, por factores económicos o en algunos casos por no existir servicios adecuados. El temor al estigma puede retardar la consulta. Incluso, entre las mujeres que son ingresadas a nivel hospitalario, no todas son registradas como complicaciones de aborto y esto también ocurre entre los ingresos a CTI. Todos estos factores contribuyen para que sea muy difícil conocer la verdadera magnitud del problema.

La OMS estima que entre 10 y 50% de los abortos inseguros requieren atención médica y tratamiento por complicaciones, aún cuando no todas las mujeres la solicitan (OMS, 2003). En América Latina cinco a diez de cada mil mujeres hospitalizadas anualmente son internadas debido a las complicaciones de un aborto. Se ha demostrado en diversas publicaciones latinoamericanas que las posibilidades de complicación dependen de varios factores: condición socioeconómica, lugar de residencia, tipo de proveedor al que recurra y de los métodos empleados y la capacitación de quienes los practiquen. Por ejemplo, el riesgo global de complicación es de 30%, pero aumenta a 44% si la mujer

proviene de áreas rurales pobres, de 27% para áreas urbanas pobres y varía entre 5% y 24% para las mujeres de zonas urbanas no pobres. Mientras tanto, la hospitalización global es de 14%, siendo de 18,5% para las mujeres pobres rurales, 16,6% pobres suburbanas, 9,4% no pobres rurales y 1,5% no pobres urbanas (Ferrando, 2002).

Estos mismos hechos se constatan cuando se analizan a las mujeres que no reciben atención médica post-aborto: 39% de las mujeres pobres provenientes de áreas rurales contra 28% de las provenientes de áreas urbanas y de las mujeres no pobres, 21% de las provenientes de las zonas rurales contra 12% de las zonas urbanas (Prada et al, 2005).

Los métodos empleados y la capacitación de quienes los practiquen influyen también en la morbilidad. Se ha estimado que el 50% de los abortos realizados por las propias mujeres o por personal no calificado tienen diferentes complicaciones. En contraste con estos datos, en países cuya legislación permite el aborto y, por consiguiente, se realizan en condiciones adecuadas, sólo el 5% de las mujeres que interrumpen sus embarazos sufren de complicaciones.

Cuando los abortos clandestinos son realizados en servicios que cuentan con personal capacitado y condiciones sanitarias adecuadas, sólo un 3% de las mujeres atendidas tiene complicaciones causadas por el procedimiento utilizado. Entre ellos se destacan, sangrado profuso pero controlable, dolor pélvico, reacción vaginal o irregularidad menstrual subsiguiente, además en algunos casos se reportan sentimientos de malestar emocional, culpa, ansiedad o depresión. Dichas complicaciones requieren de atención médica o psicológica, pero no constituyen una amenaza para la vida de las mujeres o problemas de salud a largo plazo. Un 2% presenta complicaciones severas, como inflamación pélvica, hemorragias, retención de restos ovulares, fiebre y sospecha de perforación uterina (Strickler et al, 2001).

Los métodos considerados más “riesgosos” son los tradicionales, entre los cuales se encuentran la inserción de objetos en el útero, la ingesta de fármacos en dosis mayores a las prescritas y el empleo de productos tóxicos. Aunque métodos quirúrgicos de aborto, como la dilatación y el legrado, ofrecen mayor seguridad que los tradicionales, pueden implicar altos riesgos cuando son practicados por personal de salud no calificado y/o en un ambiente sanitario inadecuado. El uso de algunos métodos no produce siempre los efectos esperados. En ocasiones los procedimientos utilizados terminan con una falla del aborto, secuelas en el feto (malformaciones, mortinatalidad), riesgo de abortos en los embarazos siguientes o problemas de salud para la mujer. Se ha constatado que con el uso del misoprostol la tasa de complicaciones y su gravedad es más baja (CLACAI, 2007).

Se ha estimado que por cada muerte materna que ocurre por aborto existe la posibilidad que de 60 a 100 mujeres sufran complicaciones o lesiones que pueden afectar seriamente su fecundidad futura (Gutiérrez y Ferrando, 2004).

Según un reporte nacional (uno de los pocos que se han producido) en el Hospital de Clínicas hacia la década de los 70, las infecciones post-aborto fueron tres veces más frecuentes entre los abortos clandestinos que entre los abortos institucionales y un 1% de esas pacientes que se internaron luego de un aborto llegaron a la complicación más grave: la sepsis (Correa, 1980). Con respecto a esta última, en nuestro medio el Dr. Giampietro informó que 63% de las sepsis obstétricas ingresadas al CTI del Hospital de Clínicas entre 1971 y 1980 eran debidas a abortos provocados con un promedio de edad de 27 años y cuya mortalidad fue del 58%. Se comprobó además perforación uterina en 26% de las pacientes y peritonitis en 90% de ellas (Giampietro, 1980). La asociación y gravedad de la insuficiencia renal aguda ha sido demostrada en nuestro medio por varios autores, estando presente en más del 70% de las enfermas sépticas (Bagnulo et al., 1979; Lombardi et al., 1979).

El número de sepsis post-aborto y su mortalidad han ido disminuyendo con el tiempo. En nuestro país Correa informó que entre 1971 y 1974 que una de cada cuatro sepsis (25%) eran post-aborto, mientras que en el período 1975-1989 el porcentaje bajó a un 10%. En una revisión de 25 años (1975-1999) de pacientes sépticas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Italiano las sepsis post-aborto constituyeron el 4,1% del total (Correa, 2000). En cuanto a la mortalidad de la sepsis, Correa informó en su estudio de los años 70 que ésta era superior al 50%, coincidiendo con los datos aportados por Giampietro. Mientras tanto, en la revisión de los 25 años ya referida, fue de 25% para todo el período. Desde mediados de los '80 hasta fines de los '90 la mortalidad se ha mantenido entre 10% y 20%, refiriendo un mínimo de 10% para el sector privado (UCI Hospital Italiano) y de 20% para el sector público (UCI Hospital Maciel) (Correa, 2000).

En conclusión, si bien el estudio de la morbilidad derivada del aborto en condiciones de riesgo, es aún insuficiente a nivel nacional debido –entre otras razones– a la complejidad metodológica que implica, existe importante evidencia a nivel internacional sobre la enorme magnitud y trascendencia de las graves complicaciones y secuelas que puede ocasionar.

Estimaciones sobre aborto voluntario

En los países donde el aborto es legal, es posible contar con estadísticas oficiales sobre su incidencia. En los países donde es ilegal se han desarrollado modelos para estimar la magnitud del fenómeno mediante el uso de métodos directos e indirectos (Alan Guttmacher Institute, 2009). En un estudio realizado

en Colombia utilizando el método directo se encontró 15,3 abortos por 100 nacidos vivos. Extrapolando los datos obtenidos por métodos indirectos se estimó en 700 a 900 mil abortos inducidos por año en América Latina y El Caribe, y utilizando el dato de Colombia obtenido con método directo, la región en su conjunto tendría cerca de cuatro millones de abortos inducidos por año para ese entonces (Zamudio et al., 1998 y 1999).

Según los últimos reportes del Instituto Alan Guttmacher (2006, 2009), el número estimado de abortos por año en América Latina y el Caribe cambió poco entre 1995 (4.2 millones) y 2003 (4.1 millones). Sin embargo, debido a que el número de mujeres en edad reproductiva aumentó, la tasa anual de aborto disminuyó entre 1995 y 2003, de 37 a 31 abortos por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad.

De los 4.1 millones de abortos realizados en 2003, 3.9 millones fueron inseguros. La mayoría de abortos seguros ocurrieron en Cuba, Guyana y Puerto Rico, donde el procedimiento es permitido en determinadas circunstancias y es practicado por profesionales de la salud capacitados.

En 2003, la tasa anual estimada de abortos inseguros para la región en su conjunto fue de 29 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad, mientras que la tasa de procedimientos seguros fue de uno por 1,000.

Sin embargo, la tasa de aborto varió por subregión. Fue de 33 por 1,000 en América del Sur y 25 por 1,000 en América Central (incluyendo a México, conforme a la clasificación de países de las Naciones Unidas); todos los procedimientos en estas subregiones fueron inseguros. La tasa de aborto en El Caribe fue de 35 por 1,000, 19 abortos inseguros y 16 seguros por 1,000 (la mayoría de estos últimos ocurrieron en Cuba). Los cambios recientes en las leyes de aborto que han conducido a la prestación de servicios de aborto seguro en Colombia y la Ciudad de México no se reflejan en estas estadísticas. Las estimaciones preliminares sugieren que unos 7,000 abortos legales y seguros se realizaron en la Ciudad de México en los 10 meses posteriores a la reforma de la ley en abril de 2007 (Alan Guttmacher Institute, 2009).

Las evidencias disponibles permiten afirmar que existe una fuerte correlación entre el aborto y el uso de anticonceptivos, de tal manera que en lugares con tasas estables de fecundidad, con el correr del tiempo, la incidencia de aborto descende a medida que el uso de anticonceptivos aumenta (Sedgh et al., 2007).

Barreras para la investigación de la prevalencia de abortos provocados en el marco de la ilegalidad

La principal dificultad que se presenta para conocer la incidencia de la práctica de aborto provocado es la obtención de información fidedigna y de

alta calidad debido a que la ilegalidad de la práctica impide su obtención. Los factores que inciden en esta imposibilidad son:

- sub-registro o registro de baja calidad;
- temor por las consecuencias legales;
- inexistencia o pobreza de estadísticas oficiales sobre el tema;
- negativa de las mujeres a responder sobre el tema por temor a la sanción penal y/o moral.

Esta evidencia ha generado que se hayan propuesto diferentes metodologías para estimar la prevalencia de abortos provocados ocurridos en los países la práctica es ilegal. La mayoría de ellas han sido probadas en los diferentes países pero resulta difícil evaluar la sensibilidad y especificidad de estos instrumentos en el diagnóstico de la magnitud del fenómeno ya que no existe un estándar de oro que nos permita comparar las prevalencias calculadas con la verdadera prevalencia.

A continuación se presentan y se analizan las metodologías más frecuentemente usadas (Rossier 2003; Juárez 2007):

- 1) **Encuestas transversales en la comunidad.** En este tipo de estudios se incluyen preguntas dirigidas a las mujeres sobre sus historias reproductivas, pérdidas de feto, interrupción de la gestación, etc. Las limitaciones de este tipo de metodologías según los reportes es que captan cerca del 50% al 80% de los abortos espontáneos esperables en la población, frecuentemente debido a olvidos o sub-reportes por parte de la mujer. La identificación de los abortos provocados puede tener aún más error y puede presentar una muy amplia variabilidad.
- 2) **Encuestas prospectivas en la comunidad.** En este tipo de estudios, se toma una cohorte de embarazadas en la comunidad, se las encuesta y reencuesta para determinar si se produce una interrupción de la gestación. Las limitaciones radican en que nunca se incluyen las mujeres que han tenido un aborto reciente en el momento de la encuesta, sub-reportes de la condición final del embarazo, casos perdidos, entre otros.
- 3) **Técnica de Respuesta Aleatoria (Random-Response Technique).** Consiste en entregar a un grupo de individuos un cuestionario que se debe contestar de manera anónima y auto-administrada. El encuestado utiliza un dispositivo que al azar en cada pregunta debe establecer si esa pregunta debe ser contestada con la verdad o debe darse una respuesta no veraz. Este procedimiento permite garantizar la confidencialidad en mayor medida que en las encuestas cara a cara. Han sido pocos los estudios que utilizan esta metodología. En algunos, la metodología mostró ser más efectiva que la estándar pero en otros no fue posible demostrar una mayor prevalencia de respuestas positivas a prácticas sensibles en

el grupo que usó esta técnica, en comparación con el grupo que tuvo una entrevista cara a cara (Linden y Weiss, 1994).

- 4) **Cuestionario Auto-Administrado.** Se entrega el formulario que la persona debe contestar de manera anónima y auto-administrada, el cual se debe regresar en sobre cerrado o depositar en buzón. La limitación radica en la falta de respuesta en las preguntas que indagan sobre temas sensibles.
- 5) **Auto-entrevista asistida con computadora.** El principio es similar al anterior, pero utiliza para el cargado de la respuesta un sistema electrónico similar a una computadora. Las limitaciones son similares a la anterior.
- 6) **Método de la urna secreta o sobre cerrado.** El que responde introduce sus respuestas en una urna o sobre cerrado para garantizar confidencialidad. Similares a los dos últimos en cuanto a sus limitaciones.
- 7) **Encuesta a proveedores de abortos o personal de salud.** Consiste en encuestar profesionales de la salud solicitándoles que estimen la cantidad de mujeres que buscan la interrupción voluntaria del embarazo. Las limitaciones radican que en el marco de la ilegalidad es posible no obtener respuestas fidedignas al cual se suma el sesgo de memoria.
- 8) **Método del reporte anónimo de terceras partes.** Se basa en la premisa de que las mujeres con embarazos no deseados frecuentemente hablan de este tema con sus pares y buscan entre ellas información sobre proveedores de aborto. El método consiste en realizar una encuesta a mujeres a las que se les pregunta frecuencia de abortos entre sus pares conocidas y en base a esto se realiza una estimación de la frecuencia de aborto en la población por grupo de edad. Las limitaciones son que se apela a la memoria de las mujeres, puede haber sesgos en la selección de la muestra de mujeres consultadas y en el reporte de las mujeres que abortaron por parte de las encuestadas (puede que más de una mujer reporte el mismo caso de aborto ocurrido en la comunidad). Si bien mantiene la confidencialidad en relación a la práctica, puede no ser una estimación muy exacta especialmente si no se tienen en cuenta los sesgos.
- 9) **Método de la estimación indirecta a partir de las complicaciones hospitalarias.** El procedimiento consiste en: a) obtener el número de casos de mujeres hospitalizadas por aborto (incluyendo aborto espontáneo e inducido) a través de la revisión de registros hospitalarios; b) el total de abortos espontáneos se estima a partir del número de nacidos vivos en el país y la distribución esperada de todos los embarazos según gestación. Luego se estima el porcentaje de abortos espontáneos que se espera sean hospitalizados. El número estimado de abortos espontáneos hospitalizados se resta del total del número de casos hospitalizados por

complicaciones y esto da el número de abortos inducidos hospitalizados. c) Se deriva un multiplicador –factor de expansión– para estimar el número de mujeres que han tenido un aborto que no necesitaron o que no obtuvieron un tratamiento en el hospital (el número de abortos provocados sin tratamiento hospitalario se estima a través de una encuesta a proveedores). Por ejemplo, el factor de expansión de 5 significa que 1 de cada 5 mujeres tuvo un aborto por el que fue hospitalizada. El método proporciona estimaciones relativamente confiables.

- 10) Método de los determinantes próximos de Bongaarts (1978, 1982).** El modelo de Bongaarts relaciona la fecundidad real observada con la fecundidad potencial, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anti-conceptivos, de aborto y de infertilidad postparto (los cuatro determinantes próximos más importantes). Este modelo supone que los tres determinantes próximos no considerados (duración del período fértil, mortalidad intrauterina y esterilidad) tienen un efecto reductor de la fecundidad poco significativo y prácticamente invariante en el tiempo o entre distintas poblaciones. En efecto, en un estudio de 41 poblaciones —que incluyó países en desarrollo, países desarrollados y poblaciones históricas— se demostró que los cuatro determinantes próximos principales explican el 96% de la variación en la fecundidad. Johnston y Hill en sus trabajos, demuestran que la duración del período fértil y la mortalidad intrauterina no sesgan las estimaciones del aborto como residuo y que, por lo tanto, no es necesario considerarlas en el modelo.

Estimaciones realizadas en Uruguay

En Uruguay, las primeras estimaciones del número de abortos provocados fueron realizadas hacia la década del 30 del siglo XX y las últimas fueron realizadas ya entrado el nuevo milenio, en 2003. Sin embargo, las metodologías utilizadas para estas estimaciones y con ellas el número de abortos provocados estimados, varía notablemente entre los diferentes autores. Por ello, se consideró importante consultar directamente las fuentes de estas estimaciones y determinar sus fortalezas y debilidades con el fin de poder acercarnos a la verdadera magnitud de este problema.

A. Turenne (1930)

Hacia 1930, el Dr. Augusto Turenne analizó datos obtenidos de las memorias clínicas del Hospital Maciel y a través de ellos realizó una estimación

del número de abortos provocados y su evolución en 15 años. El siguiente cuadro ilustra los resultados obtenidos:

Cuadro 4. Estimación de abortos realizada por Turenne, 1899-1925

Año	Número de partos	Número de abortos	% de abortos en relación a partos
1899	195	4	2,05
1908	404	41	10,14
1914	687	159	21,69
1925	1.054	480	45,50

Fuente: Turenne (1930).

Estimó que en ocho años se habían asistido en los hospitales públicos y privados de Montevideo un aproximado de 9.000 abortos.

La principal fortaleza de la metodología utilizada por Turenne radicó en haber sido una estimación basada en registros y no en supuestos, lo que para la época en la cual tuvo lugar puede considerarse una virtud. Entre sus debilidades se puede señalar que estas estimaciones se basaron en abortos asistidos en hospitales, los cuales (como el propio autor comenta) eran sólo aquellos que presentaban complicaciones de hemorragia o infecciones. La estimación realizada dejó por fuera los abortos que requerían de servicios médicos en los domicilios (especialmente los producidos en las clases más acomodadas) o aquellos que no requirieron de esta asistencia. Los partos considerados en estos registros fueron sólo los institucionales, dejando por fuera los partos domiciliarios que en aquel entonces significaban un porcentaje muy elevado del total de partos. A su vez, el autor no diferenció abortos complicados espontáneos de abortos provocados por lo cual se hace imposible establecer el peso porcentual de cada uno de ellos en el total de la estimación. Por último, no se puede descartar que haya existido una mejoría de los registros médicos con el pasar de los años, lo cual podría introducir un sesgo en los resultados.

H. Alvarez (1934 y 1965)

El Profesor Dr. Hermógenes Alvarez estimó que se realizaban 50 abortos por cada 100 partos para 1934 y 300 abortos por cada 100 partos para 1965. No fue posible obtener los originales de dichos estudios por lo cual se desconoce la metodología utilizada para llegar a estos resultados.

O. Camacho (1967)

La Dra Olga Camacho realizó en 1967 un estudio cuyo objetivo fue estimar la “incidencia de abortos en el medio y ratificar su progresivo aumento en esos años”. Para alcanzar este objetivo realizó una revisión de 10.000 historias de ingreso de mujeres al servicio de Ginecología del Prof. Humberto May entre los años 1956 y 1967 (este servicio funcionó hasta 1962 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y a partir de 1962 en el Hospital de Clínicas). De las historias se obtuvieron los siguientes datos: edad, edad gestacional, partos y abortos de cada mujer y los abortos complicados como motivo de ingreso. De los 10.000 registros estudiados se comprobó la existencia de 2.119 ingresos por complicaciones de aborto (sin contar los casos de traslados de otros servicios por complicaciones médicas de abortos). Estas cifras correspondían a 21% del total de ingresos al mencionado servicio. La autora informó que por cada 100 partos se practicaban 434 abortos de acuerdo a las cifras de dicho servicio. La Dra. Camacho concluyó que teniendo en cuenta que el total de nacimientos del país en 1963 fue de 63.000, el número de abortos en ese año fue de 273.000.

Esta estimación tuvo como fortaleza principal, el haberse tratado de un estudio basado en registros y que utilizó un número importante de historias clínicas de un servicio público de Montevideo. Sus limitaciones radicarón en referir el número de abortos al número de partos del servicio, realizar extrapolaciones al total de la población y sacar conclusiones en relación a ésta. Lo cual puede no ser correcto por tener sesgos importantes en la medida que las mujeres ingresadas con complicaciones de abortos proceden de todo el país y el número de partos utilizados para el cálculo de estimación es referido a un sector de la población de Montevideo. Por otra parte, no se consideraron los abortos espontáneos, que se estiman en 10% a 15% de los partos. Tampoco se consideraron las variaciones en la proporción de abortos provocados en poblaciones de clases sociales más altas que sí son incluidos en el denominador del número de embarazos.

R. Morel (1977 y 1981)

El Dr. Ricardo Morel en el año 1977 en la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación sobre la Reproducción Humana (AUPFIRH), hoy denominada AUPF, publicó un estudio mostrando que “el gran aumento en el uso de anticonceptivos orales no modificó la natalidad y si contribuyó al descenso de los abortos provocados en los distintos niveles sociales de la población”. El texto completo de este estudio original no fue encontrado, aunque sí se pudo obtener un estudio posterior, del mismo autor, en el cual se

estimaba la evolución de la recurrencia de aborto en adolescentes de bajos recursos en Montevideo en los 15 años previos (Morel y González, 1981). El estudio utilizó, como fuente de datos para la estimación de la frecuencia de abortos, las historias clínicas de adolescentes ingresadas al consultorio central de Asociación entre 1966 y 1981 (circunscribiendo la investigación a adolescentes con vida sexual activa declarada).

De acuerdo a este estudio, la frecuencia de aborto provocado en la población estudiada sería:

Cuadro 5. Estimación de abortos en adolescentes de bajos recursos en Montevideo realizada por Morel, 1966-1981

Año de ingreso	Número de abortos provocados	% de abortos provocados
1966-69	155	38,1
1970-73	361	23,0
1974-77	1.004	6,2
1978-81	685	1,8

Fuente: Morel y González (1981).

El siguiente cuadro muestra los datos sobre recurrencia de aborto por edad:

Cuadro 6. Estimación de aborto voluntario según edad de la mujer

Edad de la mujer	% recurrencia de aborto provocado
14-15	4,6
16-17	7,3
18-19	11,2

Fuente: Morel y González (1981).

Los datos aportados muestran una disminución de la ocurrencia de aborto provocado en la población estudiada pero con los datos aportados no es posible calcular tasas de mortalidad por aborto

La fortaleza mayor de este estudio radica en haberse basado en registros. Sus debilidades principales son que la frecuencia de abortos reportada no esta estandarizada por edad, lo cual en este tipo de eventos es una consideración importante (si bien las medias de edad son comparables de acuerdo a los datos aportados, no conocemos la distribución por grupos). A su vez, representa sólo una estimación de los abortos provocados en dicha población específica, lo

cual no es extrapolable de ninguna forma a la población total de adolescentes de Montevideo. Esta estimación se basa además en una población de adolescentes que concurren a un servicio de planificación familiar lo que las hace diferentes al grupo de adolescentes que no concurren a este tipo de servicio y que por tanto pueden tener frecuencias de aborto diferentes. Por otra parte, la población en estudio fue la de adolescentes que declararon mantener relaciones sexuales dejando por fuera a todas aquellas que aún manteniéndolas no lo declararon y en las que la frecuencia de aborto podría haber ser mayor (ya que podría ser más probable que no utilicen métodos anticonceptivos y que recurrieran al aborto clandestino). Finalmente, en cuanto a la frecuencia de recurrencia de aborto por edad, tiene valor limitado ya que el incremento en la edad es un factor que por si mismo incrementa el riesgo de embarazo y así el embarazo no deseado y por lo tanto de aborto recurrente.

M. Serra (1975)

La Dra. Margarita Serra, realizo en 1975 una monografía denominada “Aborto provocado: complicaciones”. De acuerdo a la metodología utilizada, basada en la detección de complicaciones, se identificaron 18 ingresos por aborto cada 100 partos. No fue posible acceder a la publicación original por lo tanto no se pueden realizar otros comentarios.

E. Thevenet (1978)

En algunas publicaciones se afirma que el Dr. Emilio Thevenet consideraba que se practicaban 100.000 a 150.000 abortos en el Uruguay. No hemos encontrado estudios originales del Dr Thevenet en los que se haga referencia al cálculo de esta estimación. Sin embargo en su publicación de 1978 “Aborto en el Uruguay” el autor hizo referencia a estas cifras, pero como aportadas por “destacados directores de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación sobre Reproducción Humana del Hospital Pereira Rossel”. En función de ello, asumimos que se refería a las cifras generadas por el Dr Hermogenes Alvarez quien ocupaba entonces ese cargo.

M. Pienovi (1980, 1986)

En 1980, el Dr Mario Pienovi publicó un artículo en los Archivos de Ginecología y Obstetricia del Uruguay denominado “Mortalidad materna en el Uruguay”. En el mismo desarrolló la evolución del aborto como causa de muerte materna de 1945 a 1979. En este periodo lo mortalidad materna por aborto ocupó el segundo lugar, siendo 21.2% promedialmente. En este

artículo no hay estimaciones del número de abortos provocados a partir de las cifras de mortalidad por aborto. En 1986/1987 el mismo autor publicó un estudio en el que estimó el número de abortos. Esta estimación fue realizada a través de una encuesta de 1.000 mujeres entre 15 y 83 años de edad, internadas por patologías varias en hospitales del Ministerio de Salud Pública de Montevideo. En esta encuesta se preguntó a las mujeres acerca de sus antecedentes obstétricos, incluyendo el haber tenido un aborto espontáneo o provocado. El análisis de los datos se realizó por quinquenios y se relacionó la frecuencia de abortos con la de partos para el periodo. De acuerdo a esta metodología los autores concluyeron que se producían alrededor de 20 abortos por cada 100 partos de los declarados por las encuestadas, en forma más o menos estable, a partir de 1955. La principal fortaleza de este estudio radica en que los datos se obtuvieron en forma directa (no a través de historias clínicas en las que el subregistro es mayor). El hecho de que se tratara de una práctica realizada en el pasado pudo haber hecho más factible el reporte por parte de las mujeres, aún cuando la misma se hubiera realizado en la ilegalidad.

Sus debilidades son la de tratarse de una muestra no representativa de la población general, de edades muy diversas y que por la condición de mujeres ingresadas a los hospitales públicos, hizo que la representación de mujeres jóvenes haya sido menos frecuente. A su vez, el hecho de considerar el número de abortos en relación al de partos reportados para el período hace que se trate de una estimación posiblemente inadecuada, ya que no hay garantías que esta población tenga las tasas de fecundidad de la población general.

J. Alonso (1998)

El Dr. Justo Alonso y colaboradores publicaron en 1998 un estudio denominado “Incidencia de aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria”. El mismo consistió en la realización de entrevistas individuales a mujeres puérperas de la Clínica Ginecológica C de Facultad de Medicina ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante tres semanas entre 1996 y 1997. Se entrevistaron 427 mujeres a las que se les preguntó acerca del número de partos que habían tenido incluyendo el actual y el número de abortos provocados y espontáneos. Los resultados indicaron un total de 1.264 nacidos vivos en la población estudiada con abortos previos de 101 (tasa 79 por 1000 nacidos vivos) de los cuales sólo 10 fueron declarados como provocados (tasa 7.8 por 1000 nacidos vivos).

Las principales limitaciones de este estudio pueden resumirse en el hecho de que la encuesta se haya realizado en el periodo puerperal y en un servicio de ginecología, lo cual aumenta la probabilidad de que las mujeres nieguen la realización de un aborto previo ya sea por temor a la denuncia

penal o al castigo moral. Esta hipótesis es coherente con la baja estimación en la frecuencia de abortos provocados que este estudio reportó. Por otra parte, la población de estudio no era representativa de la población del Uruguay y por tanto los resultados obtenidos nos son representativos de la realidad nacional.

R. Sanseviero et al. (2003)

En el año 2003, Rafael Sanseviero y colaboradores realizó la estimación del número de abortos producidos en un año en el país utilizando tres fuentes de datos:

- a) certificado de nacidos vivos (en los que figura el dato del número de abortos previos declarados por la mujer, tanto espontáneos como voluntarios sin discriminarlos, la edad actual de la mujer y el centro de salud donde tuvo lugar su parto). Este documento permite una aproximación al número de abortos que han tenido mujeres en edad reproductiva de todo el país (pero esta muestra sólo representa el 6.7% del total de las mujeres en edad reproductiva);
- b) egresos hospitalarios por causas relacionadas al embarazo parto y puerperio. Se consideró una muestra correspondiente al 20% de los egresos prehospitalarios de dependencias del MSP del interior clasificadas según la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como “embarazo terminado en aborto”. No incluyó datos del CHPR ni del sector privado;
- c) datos de cinco clínicas clandestinas distribuidas en todo el país y se estimaron datos de tres clínicas más.

En el cálculo final de la estimación del número de abortos, los autores consideraron además tres variables de interés en relación con la accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual tiene valor para poder hacer estimaciones a partir de las fuentes consultadas. Estas variables fueron: nivel económico, procedencia (Montevideo-interior) y capital social. De acuerdo a estos criterios se establecieron tres grupos de mujeres:

- mujeres de estrato socioeconómico más vulnerable (escasos recursos y escaso capital social): para este grupo se utilizaron datos procedentes de los egresos hospitalarios clasificados como abortos inducidos (CIE 10 R código 000-008, OS OPS/OMS 1995) y dentro de éstos el sub-tipo “aborto inducido”. Estos datos sólo estaban disponibles para el 20% de los egresos hospitalarios del interior del país por lo cual se expandió este porcentaje para el resto del país incluyendo Montevideo. De acuerdo a esta metodología se calcularon 4.289 abortos en el interior y 1.718 en Montevideo;
- mujeres de estrato socioeconómico medio del interior: para el cálculo del número de abortos provocados en este grupo se usó como

fueron los datos de las clínicas clandestinas del interior. Se realizó una estimación a partir de las cifras de una clínica del interior y el número de nacimientos departamentales donde la clínica estaba ubicada, utilizando este factor para expandir los resultados a todo el interior obteniéndose como valor 11.000;

- mujeres de estrato socioeconómico medio de Montevideo y estrato alto del interior y Montevideo: para la estimación del número de abortos de este grupo se usaron los datos de las clínicas clandestinas de Montevideo (el autor disponía de datos de la mayoría de las clínicas clandestinas que funcionaban en la capital). De acuerdo a esta metodología se realizaron en la población definida 10.400 abortos en mujeres procedentes de Montevideo y 5.600 abortos en mujeres del interior.

De esta forma los autores concluyeron que el total de abortos voluntarios producidos en el país para el período estudiado se estimaba en 33.000 al año. Este estudio es el único de los disponibles que discriminó la práctica de aborto según procedencia y nivel socio económico. Incluyó datos oficiales (Certificado de Nacido Vivo) y datos de las clínicas clandestinas. Sus debilidades radican en que todos los cálculos se basaron en el supuesto de que las muestras son representativas de la población en cuestión y por tanto que los resultados son expandibles a la población general. Este supuesto puede ser erróneo y las estimaciones no ser completamente precisas. Sin embargo, cabe destacar que se utilizaron fuentes de datos – bastante confiables y se estratificó la población lo cual tiende a minimizar estos sesgos en la generalización.

Las estimaciones de la prevalencia de aborto provocado realizadas en nuestro país y referidas son anteriores a la aprobación de la Ordenanza 369/04 “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, adoptada por el Ministerio de Salud Pública en agosto de 2004. Esta normativa trajo como consecuencia que se comenzaran a implementar en algunos servicios públicos de Montevideo y del interior del país, prestaciones de asesoramiento para reducir el daño generado por el aborto provocado en condiciones de riesgo. Tiene como principal cometido disminuir la incidencia del aborto inseguro en un contexto de ilegalidad de la práctica, así como fortalecer las maternidades buscadas mediante el asesoramiento anticonceptivo post aborto. Establece que ante un embarazo no deseado o inesperado, toda mujer tiene derecho a recibir asesoramiento técnico acerca de las posibilidades que dispone (continuar con el embarazo, adopción o interrupción) incluyendo en estas consultas información con relación a métodos seguros de aborto, en particular el uso de misoprostol. Dada la ilegalidad de la práctica, los servicios no pueden indicar ni recetar el medicamento u otro tipo de técnica para la interrupción, o proceder a la realización de la práctica de aborto voluntario, solamente pueden brindar información y asesoramiento.

El creciente uso del aborto por medicamento, en particular el uso del misoprostol y su ingreso en el mercado informal, junto con la existencia de la mencionada normativa y el desarrollo de políticas en salud sexual y reproductiva en el último quinquenio es probable que hayan incidido en la modificación de los patrones de interrupción de la gestación, haciendo que la misma se realice sin la participación de terceros, siendo la propia mujer la que toma la iniciativa utilizando un método con baja tasa de complicaciones (Carril y López Gómez, 2008; López Gómez y Carril, 2010; MSP, 2009).

Estudios realizados por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, programa implementado por la organización MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) para 2008 reportaron un bajo conocimiento de la existencia de la mencionada normativa en las mujeres usuarias y en los profesionales de la salud para el año 2008 (MYSU, 2008). Para el año 2009, los resultados muestran un mayor conocimiento pero reportan igualmente una baja implementación de la normativa en los servicios de salud públicos (MYSU, 2009).

El cambio en la práctica del aborto con una tendencia creciente hacia el uso del aborto con medicamento hace que las estimaciones basadas en consultas hospitalarias de complicaciones sean menos fidedignas en la actualidad. Por tanto, es un desafío identificar nuevas formas de estimación que sean aplicables a la realidad actual de la práctica.

Aspectos psicológicos y sociales de la práctica clandestina del aborto

Para caracterizar los aspectos sociales y psicológicos asociados a la práctica clandestina del aborto, se buscó identificar y analizar los resultados de investigación publicados en el país entre 1985 y 2008. Se incluyeron estudios de corte cualitativo, de diseño mixto cuanti-cualitativo y sistematizaciones sobre la práctica profesional. Son escasas las publicaciones que refieren estrictamente a investigaciones originales publicadas (un total de seis). Muchos de los ensayos publicados en revistas, tratan sobre una misma investigación o refieren a sistematizaciones de prácticas. No hay pues, un número significativo de hallazgos producto de procesos sistemáticos de investigación en el tema.

El aborto realizado en un contexto legal restrictivo, no es sólo una experiencia individual y privada de cada mujer. Implica a numerosos protagonistas: actores del Poder Judicial, de los servicios de salud, de los operadores de los circuitos clandestinos, el sistema policial, de las organizaciones sociales y de las familias. Las dificultades para el acceso a información confiable y la carencia

de recursos económicos para llevar a cabo una práctica segura, exponen a estas mujeres al riesgo de complicaciones post aborto y en el límite, a la muerte.

A pesar de estar definida la importancia social de la problemática del aborto, ésta ha sido escasamente explorada en nuestro medio a través de investigaciones que tengan como objetivo generar información de calidad sobre los aspectos sociales y psicológicos implicados. Al mismo tiempo, son numerosos los artículos de opinión publicados en diversos medios de prensa y en revistas de divulgación que destacan la problemática social que rodea a la práctica clandestina.

En un estudio sobre sexualidad y aborto en mujeres católicas, Mazzotti, Pujol y Terra (1994) reportaron que las percepciones y prácticas de la sexualidad en mujeres católicas practicantes de sectores populares de tres países del Cono Sur estaban asociadas al pecado y que las mujeres que recurrieron al aborto manifestaron vivencias de culpa. Este evento fue vivido como una situación y una decisión dolorosa, pero reclamaron mayor comprensión de parte de la Iglesia Católica. Sus prácticas divergían de los mandatos religiosos, pero el aborto no estuvo planteado como derecho ni como una opción válida, sino como un recurso extremo al que debieron recurrir pero rechazaban.

El estudio de Sanseviero et al. (2003) presentó como una de sus principales conclusiones que la práctica del aborto es un medio a través del cual la sociedad uruguaya regula la fecundidad. Esta afirmación se sustentó tanto en el resultado de la estimación realizada como en el análisis de las circunstancias personales y colectivas en que los abortos se producen. La estimación indicó que 81 % de los abortos se producían en el ámbito medicalizado siendo el resto realizado mediante prácticas populares (19%). La capacidad de las mujeres para acceder a uno u otro tipo de aborto relacionada directamente por la dotación de recursos económicos y capital social. Independientemente del ámbito de realización de los abortos, en la medida que son ilegales representan experiencias violentas que vulneran los derechos para las mujeres. Los abortos en Uruguay se producen en el marco de una trama colectiva de la que participan diferentes actores y agentes sociales, algunos de ellos especialmente relevantes por su autoridad (médicos, policías, órganos de la justicia, medios de comunicación). Según los autores, la ley que penaliza el aborto ha caído en desuso y su práctica está desincriminada de hecho. No obstante ello, las resignificaciones de la penalización legal transmitidas a través de la tradición oral, instituyen un marco cultural específico que criminaliza el aborto más allá de los contenidos de la propia ley. Finalmente, señalan que el aborto es un hecho social denso y complejo en el que se anudan vulnerabilidades socialmente producidas con los significados y resignificaciones de su penalización. Ello determina un contexto cultural en el cual aquellas vulnerabilidades que

determinan la ocurrencia de un embarazo no viable, se ven reforzadas y potenciadas por la necesidad de recurrir a un aborto clandestino.

En base a esta investigación Rostagnol (2005) sostiene que las mujeres, al tomar sus decisiones, lo hacen usando esquemas de percepciones, representaciones y pensamientos que obedecen a un orden social signado por la dominación masculina. La disyuntiva de abortar implicó para las mujeres una cuota de dolor incluyendo pérdida de sentido acerca de la manera cómo habían organizado su mundo con sus divisiones y clasificaciones lo cual explicaría por qué el aborto fue una decisión tomada en solitario. Las motivaciones invocadas para abortar fueron múltiples y cuantas más combinaciones de motivaciones, menores las dificultades en la toma de decisión. Según la autora, la mayoría de las mujeres silencian sus abortos, aunque es más frecuente el silencio en las mujeres de sectores medios y altos, que en aquellas pertenecientes a sectores pobres. En todos los casos, se trató de experiencias dolorosas que la mayoría prefiere olvidar.

En otro estudio realizado por la misma autora en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, se identificaron algunas de las características sociales que rodean a la maternidad y la interrupción del embarazo. El aborto puede ser definido como un hecho social complejo y denso, que incluye diversas dimensiones que son observables en la consulta médica. Las condiciones de silenciamiento en que se producen los abortos como consecuencia de la penalización, la subordinación social de las mujeres y la censura social, constituyen elementos relevantes de la realidad social de la práctica clandestina. (Rostagnol, 2007).

Estos hallazgos son coincidentes con los generados en el estudio “Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización”, realizado desde la Facultad de Psicología de la UdelaR, los cuales ofrecen evidencias novedosas sobre esta dimensión de la práctica en las mujeres uruguayas. Se trató de un estudio empírico, en base a entrevistas en profundidad a mujeres entre 20 y 59 años con diferentes niveles educativos que se habían practicado abortos voluntarios en los últimos quince años (Carril y López Gómez, 2008a; López Gómez y Carril, 2010).

Los resultados de esta investigación permiten conocer los efectos en la subjetividad de las mujeres que vivieron un proceso de aborto voluntario en un contexto de ilegalidad y penalización. No se encontraron evidencias que indiquen que el aborto haya producido efectos traumáticos, inhabilitantes y duraderos en el tiempo. Asimismo no es posible afirmar que exista un síndrome traumático post evento, independientemente del nivel educativo y edad de la mujer en coincidencia con reportes internacionales disponibles (APA, 2008). Las autoras afirman que la ilegalidad y penalización genera altos montos de temor, incertidumbre y angustia. El contexto legal se transforma

en texto que determina no sólo el acceso a un aborto seguro, sino también reacciones emocionales como las mencionadas.

Existe una directa relación entre origen del embarazo, condiciones para la toma de la decisión (recursos económicos, afectivos y sociales), acceso a un aborto seguro y sentimientos post-evento. En aquellas mujeres que contaron con soporte afectivo y social para tomar la decisión, el sentimiento predominante posterior fue el alivio. A este sentimiento se asociaron sentimientos de pena y tristeza así como dolor psíquico. Aquellas mujeres que se sentían ambivalentes frente al embarazo, vivieron una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quería –o no podía– y otro que la condenaba por el no deseo de hijo. Al decidir abortar, lo hicieron desde la duda, lo que se tradujo luego en un intenso malestar subjetivo. Las relaciones estables de pareja no vieron afectadas su continuidad por la situación del aborto. Todas las mujeres continuaron con sus proyectos de vida, que incluyeron la opción de tener o de no tener hijos. Las mujeres que habían abortado menos de un año al momento del estudio, estaban en muchos casos bajo el impacto emocional de todo el proceso y fue en ellas donde se observó mayor ambivalencia, angustia y culpa. En estos casos, se pudo constatar aspectos depresivos: rabia, cambios de humor, angustia, sueños recurrentes sobre la experiencia, auto-reproches. Estos signos aislados no son suficientes para hablar de depresión, tomando en cuenta la escasa distancia temporal con el episodio.

Se observó una relación directa entre la significación previa sobre el aborto que tenían las mujeres y las repercusiones emocionales de todo el proceso. En aquellas que significaron el aborto como asesinato, la culpa fue el sentimiento posterior más intenso. Se constató que el arrepentimiento ante la decisión tomada fue acompañado de auto reproche y auto castigo. Estas significaciones se asocian a discursos sociales y morales de condena y sanción de los cuales las mujeres con bajo nivel educativo son más permeables.

El concepto de aborto inseguro adquirió otra significación, más allá de lo biomédico. Desde el punto de vista social, las mujeres dieron cuenta de su exposición a la censura y las condiciones de silencio que acompañaron el proceso, independientemente de si hubieran contado o no con entornos familiares y sociales favorables. El temor al rechazo socio-familiar y/o la sanción legal generó en algunas el silenciamiento como estrategia para preservar la decisión, no exponerse al daño emocional y evitar conflictos con seres queridos. El acceso a información confiable, tanto para la toma de la decisión como para la efectivización del aborto, es una de las principales barreras que impone la clandestinidad de la práctica. Esta opera generando diques subjetivos y sociales que condiciona, a su vez, el acceso a prácticas más seguras. Las mujeres que pudieron contar con información y recursos de sostén afectivo, tuvieron mejores condiciones materiales y subjetivas para transitar y elaborar

la experiencia vivida. Para otras, el temor al daño, la angustia por no saber o el tener información fragmentada y/o parcial, fueron algunos factores que acompañaron el proceso de toma de decisión, generando una cierta paralización frente a la situación. Ello se asocia a las débiles condiciones sociales para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a las fantasías sobre la invulnerabilidad personal que se traduciría en la frase “no me va a pasar a mí” y al contexto de ilegalidad que genera que la práctica del aborto continúe siendo predominantemente una práctica privada, a pesar de los avances notables que se pueden señalar en el campo del debate social en los últimos años.

El mundo de relaciones afectivas en las cuales cada mujer está inserta juega un papel fundamental en el proceso de aborto y en las dimensiones subjetivas que se ponen en juego. Si bien no necesariamente determinan la decisión, sí inciden en cómo se sienten emocionalmente. Generalmente, estas personas son “sus pares, sus iguales”, es decir otras mujeres: madres, amigas, tías, abuelas, compañeras de trabajo, cuñadas, suegras. La actitud de esas “otras mujeres” es de identificación con el malestar / sufrimiento / perplejidad que viven las mujeres, aunque las respuestas no fueron homogéneas. Es de resaltar el rol que juegan las madres de las mujeres, referencia, apoyo, compañía y respaldo durante el proceso. Por su parte, el rol de los varones (co-genitores, padres, amigos) se limita por lo general a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento.

Una de las diferencias observadas fue sobre las vivencias que genera el tipo de procedimiento utilizado. Aquellas mujeres que abortaron en clínicas clandestinas mediante AMEU o legrado, enfrentaron el temor previo al daño corporal, al riesgo de salud y de vida, incrementado por el uso de anestesia. Al largo periplo que debieron transitar para acceder a las clínicas, se agregó otro caracterizado por el ambiente de secreto y riesgo que les reforzaba el estar cometiendo un delito. Aquellas que recurrieron al misoprostol se vieron enfrentadas a una experiencia corporal directa. Si bien la información recibida había sido comprendida por las mujeres, desde el punto de vista cognitivo, ello no impidió el surgimiento de temores y fantasías de daño corporal y/o de muerte asociados a la posibilidad de equivocarse en la utilización de las pastillas y/o al no obtener el resultado esperado. La vivencia corporal más recurrente fue la fantasía de estar desangrándose y los dolores abdominales intensos producidos por las contracciones.

Otro elemento interesante que surge de este estudio fue que independientemente de las opiniones sobre los posibles caminos a recorrer para cambiar el marco legal sobre aborto en el país y los tipos de despenalización a implementar, el denominador común entre las mujeres, fue la necesidad de cambiar la ley vigente que tipifica el aborto como un delito siempre.

En un estudio posterior, Sanseviero, Rostagnol y colaboradores (RUDA/AUPF, 2008) se propusieron identificar las barreras que obstaculizan el acceso

al aborto voluntario en mujeres adolescentes y adultas de bajos recursos. El estudio señala que la maternidad forzada es el resultado de un proceso donde la autonomía de la mujer para decidir sobre la continuidad o la interrupción del embarazo estuvo dramáticamente limitada, porque en su decisión tuvieron preeminencia razones diferentes al deseo de ser madre en ese momento. La ausencia de condiciones materiales y simbólicas socialmente legitimadas para que las mujeres puedan abortar voluntariamente en forma digna, constituye el núcleo fundacional del sistema de restricciones al derecho a decidir. Las políticas públicas a través de sus programas de salud reproductiva y relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, reflejan, amplifican y reproducen las representaciones y práctica sociales que inhabilitan o restringen el ejercicio de derechos para las mujeres en situación de aborto y para aquellas que necesitan regular su fecundidad. El análisis del material empírico reveló que las “madres forzadas” duplican a quienes abortaron en condiciones indignas y la suma de ambos grupos representa un valor muy próximo a las madres voluntarias. Tomando la maternidad voluntaria como variable de realización del derecho a decidir, el número de mujeres que no pudieron ejercer sus derechos es casi igual a aquellas que sí pudieron ejercerlo. Respecto a los abortos realizados en condiciones indignas se estimó que cada cuatro embarazos uno habría concluido en aborto voluntario entre las mujeres de la muestra del estudio.

Un conjunto de aportes sobre la dimensión psicosocial del aborto provienen de la sistematización de la práctica profesional generada en la Policlínica de Asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado, desarrollada por la organización Iniciativas Sanitarias en el marco de su trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossel (Briozzo et al 2007 y 2008). A partir de la experiencia en este servicio, integrantes del equipo de trabajo sostienen la necesidad de incluir los aspectos psicológicos implicados en las situaciones de aborto, desde una perspectiva psicosocial y de la psicología médica. Se afirma que los factores éticos, ideológicos, culturales y religiosos pueden influir y determinar las decisiones de las mujeres respecto a su embarazo y condicionan la manera en que las mujeres procesan subjetivamente la experiencia. Se subraya la necesidad de una atención de alta calidad en situaciones de aborto, como un componente esencial de todos los servicios de asistencia sanitaria a la mujer. Asimismo, se identifican dimensiones relevantes para comprender la realidad psicosocial de la práctica. En especial se refiere la valoración social y cultural de la maternidad como atributo “esencial” de la subjetividad femenina, concepto central para comprender los aspectos psicológicos involucrados tanto en los equipos de salud como en la mujer y su entorno. Se señalan las dificultades de los profesionales frente al aborto provocado, las cuales estarían vinculadas con la formación médica, ética, religiosa, la ilegalidad y el estigma que rodea a la práctica del aborto voluntario. De acuerdo a las autoras, cuando una mujer manifiesta su deseo de abortar se

desencadenan en el personal médico reacciones defensivas, que pueden operar como barreras en el abordaje de la consulta. Finalmente, enfatizan que la personalidad de cada mujer es un aspecto clave, en la medida que el aborto implica necesariamente un proceso de duelo y para la mayoría de las mujeres ésta es una experiencia perturbadora. A partir de esas consideraciones, se enumeran diversas situaciones que deberían tenerse en cuenta en la consulta, asociadas al aumento de la probabilidad de que ocurran complicaciones psicológicas posteriores al aborto. Entre ellas, se describen factores de riesgo: personales y ambientales. Se enumeran algunos indicadores que el personal médico deberá atender para la derivación de las mujeres a psicología médica o instancias de asistencia conjunta médico/psicólogo (Leus y Stapff, 2008).

Según Abracinskas y López Gómez (2007), se ha generado luego de la recuperación de la democracia un proceso de construcción de una demanda ciudadana en esta agenda que trasciende y que incluye la reivindicación feminista histórica por el derecho al aborto legal. Señalan la necesidad de reforzar el cambio de paradigma en salud desde uno centrado en el enfoque Mujer, Salud y Desarrollo (MED) a otro basado en Género, Salud y Desarrollo (GED) como factor desencadenante de cambios en los modelos de atención de la salud. Consideran que el escenario propicio que ha permitido y permite construir respuestas integrales a la realidad del aborto voluntario tiene su sustento en el debate público sobre el cambio legal, la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda social y política, la aprobación e implementación de la ordenanza ministerial N° 369, la incorporación creciente de prestaciones en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud públicos y el fortalecimiento de alianzas entre diferentes actores.

El estudio más reciente disponible sobre aborto voluntario refiere a los significados, vivencias y opiniones de esta práctica en hombres de distintas generaciones y niveles educativos (Carril y López Gómez 2008b). Las autoras señalan que la experiencia del aborto no resulta ni indiferente ni ajena y que es una experiencia significativa para los hombres que están directamente involucrados. De esta manera, se contradice la idea de que es un tipo de experiencia a la que en general permanecen distantes. En consistencia con estudios que encontraron que el temor al rechazo socio familiar o a la sanción legal genera en algunas mujeres el no hablar de la experiencia, algo similar sucede con los varones. En el ocultamiento del aborto, se articulan las condiciones de clandestinidad con las dificultades propias de los hombres para hablar de sus experiencias emocionalmente significativas.

Un hallazgo interesante de este estudio refiere al proceso de decisión sobre el aborto. Las respuestas de los hombres de todos los niveles educativos y edades, acerca de quién puede decidir o tiene derecho a decidir y cómo se decide un aborto, reflejan la tensión entre el derecho de la mujer sobre su re-

producción y el derecho del varón a la paternidad, así como la dificultad para encontrar caminos de negociación. En general, se acepta el derecho de la mujer a decidir en caso de que esté sola. De lo contrario, se aspira a un consenso en la pareja o incluso a la intervención de un tercero que pueda ayudar a dirimir el conflicto. Las opiniones sobre en quién debe recaer la decisión de abortar, se pueden agrupar en tres tipos de argumentos. Por un lado, existiendo una pareja, la decisión tiene que ser compartida con el varón. La mujer tiene derecho a decidir, pero con el consentimiento del hombre. Solamente cuando el co-genitor no está presente o en caso de violación, tiene el derecho a decidir la mujer por sí misma. Otro argumento refiere que la mujer es quien debe y puede decidir, porque el embarazo y la futura crianza del hijo recaerán sobre su cuerpo y su vida. Finalmente, una tercer línea argumental se basa en que la mujer en ningún caso puede decidir por sí misma ya que se considera que ambos progenitores tienen iguales derechos.

Independientemente de cómo se significa el aborto o si se está o no de acuerdo con la práctica, la mayoría de los varones consideran que la decisión última sobre el aborto voluntario es de la mujer, porque es un evento que ocurre en sus cuerpos. Pero no puede desprenderse de esta afirmación, que se trata de un discurso homogéneo y sostenido sobre los mismos argumentos racionales y/o fundamentos subjetivos. Independientemente de la edad, el nivel educativo o la postura respecto a la (des) penalización, el aborto es una práctica connotada generalmente de manera negativa. Se identifican un conjunto de significaciones asociadas a ella: el aborto como asesinato / homicidio; el aborto como un acto de desamor/un acto antinatural; el aborto como un mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad y el aborto como un acto de libertad. El aborto como un asesinato es vivido especialmente por quienes se identifican y practican alguna religión. El aborto como un acto de desamor (de la mujer) reafirma la ecuación mujer = madre ya que éste desnuda que no toda mujer “naturalmente” desea ser madre o que la maternidad sea el destino ineludible del ser mujer. El aborto es considerado una práctica necesaria que debe ser tolerada en algunas circunstancias y se buscan justificaciones “objetivas” para su aceptación: pobreza, multiparidad, riesgo de vida de la mujer, violación. El sustento de estas justificaciones es que el aborto es una práctica considerada moralmente no aceptable ya que se asocia a actos de descuido e irresponsabilidad de las mujeres. El aborto como acto de libertad de las personas fue sostenido por varones de distintas edades y niveles educativos. Son estos varones quienes se afilian a la concepción de que la resolución del conflicto que implica un embarazo no deseado, es de resorte exclusivo de la mujer y/o de la pareja y que las sociedades y los Estados deben garantizar y respetar ese derecho. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, se cuestiona que sean otros –apelando a la figura de los

“intermediarios de la verdad” (jueces, médicos, religiosos, familias) – quienes tengan el poder y las potestades de definir si ese aborto es aceptable o no aceptable. Esta concepción del aborto como un acto de libertad podría denominarse como contra-cultural, en el sentido de contravenir las representaciones sociales dominantes.

Los varones disponen de algún tipo de información sobre la realidad del aborto en el país, independientemente de su edad y nivel educativo. Las diferencias o matices que se relacionan con la calidad, precisión y cantidad de esa información, lo que depende fundamentalmente de la cercanía personal con la experiencia y del nivel educativo. Conocen –de forma vaga e imprecisa– los métodos disponibles para un aborto seguro, en particular el misoprostol y sus ventajas con relación al aborto quirúrgico. Sin embargo, existen confusiones con la pastilla de anticoncepción de emergencia.

Se podría correlacionar el nivel de información manejada con un contexto nacional de debate social y político sobre la realidad del aborto, muy particularmente, durante los últimos dos años, en coincidencia con el trabajo de campo de esa investigación. Respecto al marco legal, las opiniones son ampliamente favorables a la despenalización, en los distintos tramos etáreos e incluso en los diferentes niveles educativos. Los varones con niveles educativos bajos son los más proclives a condenar penalmente la práctica del aborto. La información es consistente con los datos que han aportado las distintas encuestas de opinión pública disponibles en el país (Bottinelli, 2010; Buquet, 2010). La experiencia personal parece ser un marcador de la opinión de los varones en relación a la (des)penalización. Esta tiene un impacto subjetivo que condiciona la opinión sobre el marco legal, conformando posturas a favor o en contra de la despenalización. También lo es la autoidentificación religiosa. La despenalización es aceptada en determinadas circunstancias: violación, riesgo de vida de la madre o situaciones de penuria económica, en base a consideraciones de tipo sanitario y/o de justicia social.

Se observa una tensión filosófica y ética entre la defensa del derecho de la mujer y los derechos del feto con un correlato respecto a las posturas sobre el marco legal. Quienes sostienen que hay otra persona en juego en ese dilema ético, se apoyan más hacia la concepción del aborto como un asesinato que debe ser castigado penalmente. Sin embargo, aún en aquellos que consideran que se es persona desde el momento de la concepción, se observan posturas flexibles respecto al marco legal.

Finalmente, un estudio sobre profesionales de la salud y aborto conducido por investigadoras de la Facultad de Psicología de la Udelar se está implementando en su fase final cuyos resultados finales aún no están disponibles. En esa misma dirección el estudio 2010 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU se basa en una encuesta a

profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva, en la cual se incluye un módulo específico sobre aborto. Ambas investigaciones serán insumos muy importantes para analizar el tercer componente de este triángulo: los servicios de salud y las prácticas profesionales frente al aborto voluntario.

La respuesta institucional del sector salud

En el período de análisis que abarca este estudio (1985-2009), cronológicamente es posible identificar cinco medidas específicas implementadas por el Ministerio de Salud Pública ante la práctica del aborto clandestino como estrategias para disminuir las consecuencias del aborto inseguro o para registrar su incidencia, en el contexto de un conjunto de acciones vinculadas a las políticas en salud sexual y reproductiva y la incorporación de algunas prestaciones en los servicios de salud.

Ellas han sido:

- 1) Creación del Comando de Lucha contra el aborto criminal (1992);
- 2) Aprobación de la normativa sanitaria “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” y creación de la Comisión para su implementación y monitoreo (Ordenanza 369, 2004);
- 3) Creación de la Comisión para la Interrupción de la Gravidez, la cual sustituye al Comando de Lucha contra el aborto criminal (Ordenanza 890, 2005);
- 4) Creación de la Comisión para la Reducción y Monitoreo de muerte de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (Ordenanza 759, 2006);
- 5) El decreto de aprobación del uso intrahospitalario con fines obstétricos del misoprostol (decreto MSP, 2006).

Estas respuestas institucionales desde el MSP deben ubicarse en un contexto más amplio del desarrollo de políticas en salud sexual y reproductiva que se comienzan a implementar en el país hacia 1996, en particular para favorecer el acceso a la anticoncepción en los servicios públicos de salud (López Gómez et al., 2003; CNS Mujeres, 1999, 2005, 2006 y 2008; MYSU, 2007, 2008 y 2009; López Gómez et al, 2009).

De todas las medidas señaladas, sólo se disponen de informes oficiales por parte de la Comisión para la Reducción y Monitoreo de muerte de mujeres creada en el 2006 y que presentara información producida para los años 2007 al 2009. No se disponen de informes del Comando de Lucha contra el aborto criminal ni tampoco de su sucesora Comisión para la Interrupción de la Gra-

videz. Tampoco se han generado reportes oficiales sobre la implementación de la ordenanza 369.

Como ya se ha señalado, respecto a la genealogía, diseño e implementación de estas políticas tanto a nivel nacional como departamental en Montevideo, han sido fundamentalmente las organizaciones de mujeres y feministas quienes han generado reportes sistemáticos de monitoreo ciudadano que dan cuenta de las fortalezas y barreras identificadas para garantizar el acceso universal e integral a un conjunto de prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Los reportes más recientes son los elaborados por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, programa desarrollado por MYSU con el apoyo de UNFPA. El Observatorio se fijó para los años 2008 y 2009 relevar información a través de una encuesta a mujeres usuarias de servicios de salud, encuesta autoadministrada a profesionales, entrevista a directores y observación directa de salas de espera y consultorios, con el objetivo principal de identificar barreras, avances y desafíos en la implementación de un conjunto de normativas y guías clínicas vigentes en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la normativa sanitaria para la reducción del daño por aborto inseguro, Ordenanza 369 (MYSU, 2008 y 2009).

La ausencia de información oficial es un enorme déficit para poder acceder a una visión global que permita evaluar la implementación de las medidas adoptadas por el MSP para disminuir el riesgo por aborto inseguro. Esta respuesta adoptada por el organismo rector en salud pública surgió en el 2001 como iniciativa de un grupo de ginecólogos de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República pertenecientes a las Clínicas de Ginecología del Hospital Pereira Rossell conjuntamente con otros profesionales de la salud e integrantes de organizaciones de mujeres, ante el aumento de las muertes maternas por aborto inseguro, Desde allí se diseñó una estrategia sanitaria para reducir la muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo. Se creó Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, organización de profesionales de la salud que comenzó a funcionar en ese hospital. La adopción de esta normativa por parte del MSP suponía su extensión al conjunto del sistema de salud. Sin embargo, la misma se implementa en el CHPR, en algunos centros públicos de atención primaria de Montevideo y en algunos hospitales públicos del interior del país. Lejos se está aún de ser implementada en la totalidad de los servicios públicos y privados del país.

Recientemente, esta normativa fue incluida en la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva lo cual le otorga un rango jurídico mayor y la “blinda” –junto a las otras prestaciones en salud sexual y reproductiva incluidas en la ley – de los avatares de cambios de gobierno al

trascender su carácter de decreto ministerial y adquirir rango de ley (López Gómez y Abracinskas, 2009)⁴.

El acceso al aborto seguro implica el desarrollo de un conjunto de acciones integrales de tipo sanitario y legal aún pendientes en el país. Las medidas para la disminución del aborto inseguro y para mitigar sus consecuencias son una estrategia que no resuelve el problema de fondo de la práctica ilegal y clandestina del aborto voluntario. Es una respuesta sanitaria para evitar un “daño mayor”. La disponibilidad de misoprostol en el mercado informal, la creciente difusión de la existencia de este recurso, el debate social y político sobre el cambio legal ocurrido en los últimos años, el involucramiento ciudadano y la existencia de la mencionada normativa, son algunos de los factores que explican la disminución de la muerte de mujeres por aborto inseguro. Pero, como ya hemos señalado, el aborto clandestino y sus consecuencias no sólo remiten a un problema de salud pública. Es ante todo un problema de justicia social, de equidad, de derechos humanos y de democracia que refuerza la situación de desventaja social y desigualdad de las mujeres en nuestra sociedad.

La realidad del aborto deja en evidencia que la información, educación y el acceso universal a métodos anticonceptivos como componentes centrales de una estrategia de prevención de embarazos no deseados o no esperados, no son suficientes para impedir que éstos se produzcan. Cuando se trata de la condición humana, el diseño de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva no puede soslayar las dimensiones subjetivas implicadas en la sexualidad y la reproducción. Esas que nos recuerdan que los seres humanos no somos perfectos ni estamos inmunizados contra los olvidos, las contradicciones, los descuidos y los errores.

Bibliografía citada

Abracinskas L. y A. López Gómez (2007). “Problemas complejos, intervenciones integrales. Aborto inseguro, mortalidad maternal, reducción de incidencia y ejercicio de

(4) El 27 de setiembre de 2010 se aprobó el decreto reglamentario de la Ley N° 18.426 aprobado por el Poder Ejecutivo. El mismo determina la obligatoriedad de prestar servicios en salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud, medida que se pondrá en marcha a partir del 1° de enero de 2011.

- derechos”. En L. Briozzo (ed.), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Alan Guttmacher Institute (2006). *Abortion in women lives*. Washington: AGI.
- Alan Guttmacher Institute (2009). *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Washington: AGI.
- Alonso, J. et al. (1998). “Incidencia de aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria”. *Actas del Congreso de Ginecología y Obstetricia 1998*. Montevideo.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion (2008). *Report of the task force on mental health and abortion*. Washington DC: American Psychological Association. Consultado el 09/04/2010 en <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Anker et al. (1999). *A standard verbal autopsy method for investigating causes of death in infant and children*. Geneva: WHO.
- Bagnulo, H., D. Rivara, R. Lobardi, M. Olazabal, L. A. Campalans y D. Petruccelli (1979). “Aborto séptico e IRA” (11). *Archivo Médico Int*, 1(2).
- Bongaarts, J. (1978). “A framework for analyzing the proximate determinants of fertility”. *Population and Development Review*, 4(1).
- Bongaarts, J. (1982). “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”. *Studies in Family Planning*, 13 (6/7).
- Borges, F., M. de Pena, M. Mercant y G. Gallino (1988). “Medicina legal”. *Oficina del Libro AEM*, Montevideo, 1(4): 160-173.
- Bottinelli, O. (2010). “La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Briozzo L., G. Vidiella, B. Vidarte, G. Ferreiro, J. Pons y J. Cuadro (2002). “El aborto provocado en condiciones de riesgo. Emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay”. *Revista Médica Uruguay*, 18: 4-13.
- Briozzo, L. (comp.) (2008). *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas Sanitarias – la experiencia del modelo de reducción de daños en el aborto inseguro*. Montevideo: Dedos.
- Briozzo, L. (ed) (2007) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Buquet, D. (2010). “La opinión de las elites”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Camacho O. (1967). “Encuesta sobre casos de aborto en pacientes ingresados en la Clínica Ginecotológica “B” del Ministerio de Salud Pública”. *Actas Ginecotológicas (Uruguay)*, año XXI: 25-59.
- Cardenas, R. (2000) “El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y urbanos”. *El Colegio de México*, Nº 045: 665-683.
- Carril Berro, E. y A. López Gómez (2008a). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce.
- Carril E. y A. López Gómez (2008b). *Varones y aborto voluntario. Significados y opiniones de varones de distintas generaciones y niveles educativos*. Informe técnico proyecto I + D, presentado a CSIC. Disponible en www.csic.edu.uy.

- Chandramohan, D. et al. (1998). “The validity of verbal autopsies for assessing the causes of institutional maternal death”. *Studies in Family Planning*, 29(4): 414-422.
- Chandramohan, D. et al. (eds) (2005). “Ethical issues in the application of verbal autopsies in mortality surveillance systems”. *Tropical Medicine and International Health*, 10: 1087-1089.
- CNS Mujeres (1999) *El estado uruguayo y las mujeres. Monitoreo de políticas públicas*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2005). *Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2006). *2006: a un año del gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2008). *Monitoreo 2008. Transversalización de la equidad de género en las políticas públicas. Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Montevideo: CNS.
- Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (2007). *Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en países de América Latina y El Caribe*. Lima: CLACAI.
- Correa, H. (1980). “Sepsis en obstetricia”. En *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- Correa, H. (2000). “Clasificación y epidemiología de la sepsis de acuerdo al foco de origen”. En *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- Espinoza H., Hernandez B., Campero L., Walker D., Reynoso S., Langer A. (2003). “Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación”. *Perinatal Reproduction Human Research*, 17(4): 193-204.
- Fathalla, M. (1987). “El largo camino a la muerte materna”. *People*, 14 (3), traducción del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES, Buenos Aires.
- Fathalla, M. (1992). “Society and reproductive life”. En K. Wijma y B. von Schoultz (eds), *Reproductive life. Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Memoria del 10th International Congress on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Nueva Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Faúndes, A. y J. Barzelatto (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Editorial Tercer Mundo Editores del Grupo TM S.A.
- Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (2007). *Uso del misoprostol en ginecología y obstetricia*. FLASOG, 2da. Edición. Consultado 5/6/2009 en www.flasog.org/images/misoprostol.pdf
- Fernández, M., F. Coeytaux, R. Gómez Ponce de León y D. Harrison (2009). “Assessing the global availability of misoprostol”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105: 180–118.
- Ferrando, D. (2002). *El aborto clandestino en Perú: hechos y cifras*. Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán, Pathfinder International 32. Consultado el 24/09/2009 en www.abortolegal.org/aborInducPeru.doc
- Gajalakshmi, V. et al. (2002). “Verbal autopsy of 48,000 adults deaths attributable to medical causes in Chennai, India”. *BMC Public Health*, 2 (7).
- Giampietro, C. (1980). “Sepsis en obstetricia”. Paper presentado en el *Séptimo Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, diciembre 1980.

- Gutiérrez M. y D. Ferrando (2004). “Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad”. En Seminario *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, 9-11 junio 2003, CEPAL.
- IPAS (2005). *La atención del aborto centrado en la mujer. Manual del capacitador*. Versión CD. Chaper Hill: IPAS.
- Juárez F. (2007). *Estimación de la incidencia del aborto clandestino, un reto metodológico*. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA). El Colegio de México. www.andar.org.mx/pruebas/micr_aborto/03_panel_metodos/Juarez.pdf consultado 1/12/09.
- Kane, T. T., A. A. El-Kady, S. Saleh, M. Hage, J. Stanback y L. Potter (1992). “Maternal mortality in Giza, Egypt, magnitude, causes, prevention”. *Studies of Family Planning*, 23: 45-57.
- Langer, A., B. Hernández, C. García, G. Saldana (1999). “Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study”. En: M. Berer y T. Sundari (eds), *Reproductive health matters. Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres: Blackwell Science.
- Linden, L. E. y D. J. Weiss (1994). “An empirical assessment of the Random Response Method of sensitive data collection”. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 9 (4): 823-836.
- Leus, I. y C. Stapff (2008). “Fundamentos desde la psicología médica. Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de atención para la disminución del daño por aborto provocado”. *Revista Itinerario*, 4 (9), mayo. <http://www.itinerario.psyco.edu.uy/Fundamentosdesdelapsicologamdic.htm>
- Lombardi, R., D. Rivara, H. Bagnulo, M. Olazabal, L. A. Campalans y D. Petrucci (1979). “Aborto séptico e IRA (1)”. En *Archivo Médico Int.* 1979, 1 (1).
- López Gómez, A. y E. Carril (2010). “Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres. Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay”. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5: 127-164, España.
- López Gómez, A., L. Abracinskas y M. Furtado (2009). *Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción*. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 3 (4).
- López Gómez, A. y L. Abracinskas (2009). *El debate social y político sobre el proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva*. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 3(3).
- López Gómez, A., W. Benia, M. Contera y C. Güida (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Udelar/Fundación Mexicana para la Salud/UNFPA.
- Mazzotti, M., G. Pujol y C. Terra (1994). *Una realidad silenciada. Sexualidad y maternidad en mujeres católicas*. Montevideo: Trilce.
- Ministerio de Salud Pública (2009). *Informe 2007-2009. Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las muertes de mujeres por embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2004). *Ordenanza 369/04: Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: MSP.

- Morel, R. y G. Gonzalez (1981). “Evolución de la recurrencia al aborto voluntario en las adolescentes de bajo nivel socio-económico de Montevideo en los últimos 15 años”. *VI simposio mundial de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia*. Punta del Este. Uruguay.
- Morel, R., M. Serra, H. Alvarez y G. Gonzalez (1977). *Incidencia de aborto voluntario en el Uruguay*. Montevideo: AUPFIRH.
- MYSU (2007). *Informe 2007. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2008). *Informe 2008. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2009). *Informe 2009. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- Núñez Salas, A. (1989). Capítulo 3 en H. Puppo Touriz, A. Soiza Larrosa y D. Puppo Touriz (eds), *Medicina Legal Latinoamericana*. Montevideo.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género*. Informe presentado por la Iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna a la 20ª sesión del Subcomité de la mujer, la salud y el desarrollo del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (CIE-10). Washington DC: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1995) *Verbal autopsies for maternal deaths*. Reporte del Taller convocado por OMS, Londres 10 al 13 de enero de 1994. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1997) *Abortion: A tabulation of Available Information* (3rd.edition). WHO, Geneva
- Organización Mundial de la Salud (2003). *El aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Consultado el 12/03/2009 en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Verbal autopsy standards. Ascertaining and attributing cause of death*. Ginebra: OMS.
- Pienovi M., F. Blois y G. Rodríguez (1986). “Cifras sobre aborto provocado en el Uruguay”. *IX Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, 7-12 diciembre, Libro de Resúmenes.
- Pienovi M., F. Blois y G. Rodríguez (1987). “Cifras sobre aborto provocado en el Uruguay”. *Revista Uruguaya de Sexología*, 6 (3-4): 7-19.
- Pienovi M. (1980). “Mortalidad materna en el Uruguay”. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 29 (3): 100-112.
- Pinotti, J. A. y A. Faúndes (1989). “Unwanted pregnancy: Challenges for health policy”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Sup. N° 3 Women’s Health in the Third World: The impact of unwanted pregnancy. Dublin, Ireland.
- Prada, E., S. Singh, E. Kestler y C. Sten (2005). “Atención post-aborto y morbilidad por aborto en Guatemala 2002-2003. Una visión cuantitativa y cualitativa del problema”. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe, México: El Colegio de México.
- Rossier, C. (2003). “Estimating induced abortion rates: A review”. *Studies in Family Planning*, 34 (2): 87-102.

- Rostagnol, S. (2005). “Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino”. *Revista Otras Miradas*, 5 (2). Caracas.
- Rostagnol, S. et al (2007). “Iniciativas sanitarias en la práctica clínica”. En: L. Briozzo (ed), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- RUDA/AUPF (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: RUDA/AUPF.
- Sanseviero, R., S. Rostagnol, M. Guchín y A. Migliónico (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Universidad para la Paz, Naciones Unidas.
- Sedgh, G., S. Henshaw, S. Singh, E. Ahman e I. Shah (2007). “Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide” *The Lancet*, 370: 1338-1345, Londres.
- Serra, M. (1975). *Aborto voluntario, complicaciones*. Monografía, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo.
- Sloan N., A. Langer, B. Hernandez, M. Romero y B. Winikoff (2001). “The etiology of maternal mortality in developing countries. What do verbal autopsies tell us?”. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9): 805-810. Ginebra.
- Soleman N. et al. (2006). “Verbal autopsy: current practices and challenges”. *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 239-245. Ginebra.
- Strickler, J., A. Heimburger y K. Rodríguez (2001). “El aborto clandestino en América Latina: perfil de una clínica. En *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial. Consultado el 03/03/2008 en www.guttmacher.org/pubs/journals/2702401sp.pdf
- Thevenet, E. (1978). *Aborto en el Uruguay*. Montevideo.
- Turenne, A. (1930). “Consideraciones sobre la lucha en el Uruguay contra el aborto provocado”. *Obstetricia clínica y obstetricia social*. Montevideo: 417-441.
- Zamudio, L., N. Rubiano, M. Viveros y H. Salcedo (1998). *Problemas sensibles y estrategias metodológicas a propósito de investigaciones sobre aborto inducido*. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia.
- Zamudio, L., N. Rubiano, M. Viveros y H. Salcedo (1999). *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia.

Secreto profesional y aborto

Carolina Pallas

El secreto profesional es la obligación del profesional de mantener en secreto toda la información que ha recibido en el marco del ejercicio de su profesión, obligación necesaria para conservar la absoluta confianza de quienes acuden a solicitar sus servicios. Si bien en el ejercicio de la medicina ya se encuentra en el Juramento de Hipócrates –“Todo lo que yo viere u oyere con ocasión de la práctica de mi profesión, o incluso fuera de ella en el trato con los hombres, y que posiblemente sea de tal naturaleza que no deba propalarse, lo guardaré para mí en reservado sigilo, reputándolo todo ello como si no fuera dicho”–, los nuevos desafíos que en el siglo pasado enfrentaron los profesionales de la medicina han reavivado la discusión y reflexión sobre la naturaleza, alcance y límites del secreto profesional.

A modo de ejemplo, algunos de los hitos de la historia reciente de la Bio-ética son los movimientos en defensa de los derechos de los pacientes en EEUU que consiguieron la Declaración aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973 “Carta Norteamericana de los Derechos del Enfermo Hospitalario”, así como el “caso Tarasoff”¹, o

(1) Uno de los casos judiciales emblemáticos es el de Tatiana Tarasoff, quien fue asesinada por un paciente que en tratamiento terapéutico había manifestado su obsesión por la joven, y cuya familia inició un juicio contra los psiquiatras por no haber internado al asesino. Lo sorprendente del caso es que una parte del jurado de la Suprema Corte de California entendió “que garantizar la confidencialidad es esencial para que los enfermos mentales busquen ayuda médica y para que los tratamientos mentales sean efectivos. En ausencia de tales garantías, podría suceder que algunas personas con problemas mentales decidan no tratarse o que no sean totalmente sinceras con sus terapeutas (...) la práctica de denunciar a pacientes potencialmente peligrosos podría contribuir a que se ejerza una

las más recientes discusiones del alcance del secreto profesional en situaciones de pacientes con HIV positivo².

En este artículo presentaremos, en primer lugar, el secreto profesional en la relación médico-paciente, para luego exponer los argumentos filosóficos que sustentan su necesidad en el marco de la bioética médica, y finalmente se analizarán los códigos de ética médica y las leyes vigentes sobre esta temática.

La relación médico-paciente y el secreto profesional

En los nuevos análisis de la relación médico-paciente se afirman y defienden antiguas tradiciones médicas como la confidencialidad, pero además se consideran nuevos elementos que incorporan prácticas y actitudes que antes no eran tenidas en cuenta: como el consentimiento o rechazo informado de los tratamientos médicos, el derecho de los pacientes a saber la verdad sobre su condiciones y los posibles cursos de tratamiento.

El secreto profesional, así como el consentimiento informado o la veracidad son normas enmarcadas en la relación entre el médico y la persona sana o enferma que entra en relación con el médico, cuyo término habitual es “paciente”. Éste tiene una carga semántica basada en la tradición que le asigna un rol pasivo (que tiene paciencia, que recibe, que soporta) que pone en segundo plano la autonomía del sujeto que requiere la atención del profesional de la salud. No obstante ello se mantendrá esta terminología dado su uso común. Asimismo la relación médico-paciente, en la actualidad no puede desconocer otros actores como la Institución y la familia o allegados (Luna y Salles, 2000).

violencia indiscriminada contra los enfermos mentales. En otras palabras, podría suceder que se detenga e interne en forma compulsiva a un gran número de pacientes meramente por proferir amenazas o contar fantasías violentas”. Costa, M. (2008), p. 188. Véase también: “Tarasoff vs. Regents of the University of California” (1976).

(2) Esta situación médica es la que más controversias ha presentado en la actualidad: se encuentran argumentos a favor de mantener la confidencialidad y sólo se justifica su violación en casos excepcionales, por ejemplo si es además, un psicópata; y quienes argumentan que se puede romper el secreto profesional si el paciente con HIV positivo no tiene en cuenta el bienestar de sus parejas sexuales. Véase “Sida y Confidencialidad Médica” (1987) Raanan Gillon y “Sida y Confidencialidad” (1987) Grant Gillett en Luna y Salles (2000). Como señalan Luna y Salles, admitir un caso justificado de quiebre de confidencialidad no nos lleva necesariamente hacia una “pendiente resbaladiza”, ya que sólo se está fijando y justificando casos excepcionales sin por eso descartar la legitimidad del concepto de confidencialidad. (2000: 49). Es decir que la aceptación de una práctica en determinadas situaciones no conlleva su aceptación de forma encadenada causando el también conocido “efecto dominó”.

Concebida como una interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de prevenir una enfermedad, recuperar su salud o aliviar un padecimiento, ésta tiene una doble dimensión: profesional e interhumana. Si bien es desigual en términos profesionales (el médico tiene un conocimiento teórico y técnico), no lo es en términos humanos (entendido como un diálogo entre personas, y por tanto sujetos morales autónomos y responsables). Una de las características reconocidas por toda la sociedad es la obligada empatía y confianza como condiciones necesarias de que se establezca la relación adecuada.

Como toda interacción humana, de uno y de otro se esperan ciertos comportamientos, actitudes, y se establecen derechos y deberes. A lo largo de la historia se han presentado diversos modelos de la relación médico-paciente, que han pasado de una relación basada en el dominio médico y en una actitud paternalista, hacia una concepción donde tanto el médico y el paciente son sujetos autónomos que pueden participar activamente en el proceso de tomas de decisiones médicas. Veacht (1972) denomina al primero “modelo sacerdotal”, donde dada la competencia técnica del médico también se le atribuye la capacidad de determinar el bien de las personas, basado en el principio de Beneficencia, que cae en el paternalismo de entender al médico como el padre que sabe cuál es el bien para su hijo, y por tanto dejándolo fuera de la toma de decisiones sobre su salud. Y, al segundo “modelo contractual” que permite la igualdad en la esfera de la importancia moral entre paciente y médico. En este modelo el médico y el paciente son concebidos como individuos autónomos que pueden participar activamente y compartir el proceso de toma de decisiones médicas tomando los valores de ambos, lo que implica no sólo el respeto a las consideraciones éticas del paciente sino también a la capacidad del médico de no intervenir en acciones que se oponen a sus creencias religiosas o ideológicas, debiendo derivar al paciente a otro médico.

La tradición médica se ha centrado en el deber del médico de beneficiar al paciente –modelo paternalista-sacerdotal–, ya que siendo quienes tienen el conocimiento y la pericia son los que pueden juzgar que es lo conveniente. Esta concepción ha llevado a un exacerbado paternalismo médico quitándole autonomía al paciente y desconociendo la capacidad de las personas para saber que es lo importante y valioso para sí mismas.

Salles (2008) presenta tres motivos que se han invocado para justificar la asimetría en el poder de decisión entre el médico y el paciente, justificando el llamado “paternalismo”: en primer lugar, el conocimiento en medicina y la experiencia terapéutica de los profesionales de la salud, en segundo lugar, la supuesta falta de racionalidad y objetividad del paciente a quien por su estado de enfermedad se suponía incapaz de tomar decisiones racionales, y finalmente la imagen que prevalecía del médico como un ser desinteresado, altruista, absolutamente dedicado al paciente y dispuesto a hacer todo lo posible para

beneficiarlo, y del paciente como un ser dependiente al cuál solo le quedaba confiar en las directivas de su médico. Su bienestar dependía de su autoridad y de las decisiones tomadas por el médico.

En la actualidad, se está socavando esta concepción dando lugar al paciente como sujeto cuyos valores, intereses, deseos y preferencias sólo pueden ser determinados por él mismo, y en la decisión sobre su salud estos deben ser tenidos en cuenta, y entendiendo la relación médico-paciente como una relación entre personas adultas, autónomas y responsables, donde ninguno de los dos puede hacer nada sin el otro, ambos son necesarios. Sin desconocer la asimetría existente en la relación en cuanto a los conocimientos técnicos, se abandona la concepción paciente-obediente, que responde a una relación vertical donde el médico manda al enfermo, ya que es él quien sabe cuál es el mayor bien y lo que le conviene al paciente. Surge una nueva comprensión del acto médico como un procedimiento de entendimiento o diálogo entre partes, dejando de lado la relación vertical e impositiva por otra más horizontal o participativa.

En este nuevo enfoque prevalece el principio de autonomía o de libertad de decisión frente al principio de beneficencia, que prevalecía en el modelo paternalista, en el cuál el médico imponía su idea de “bien”. En el pluralismo cultural actual resulta dudoso que no sea la propia persona quien puede determinar qué tipo de vida quiere llevar en función de su concepción de bien y de sus deseos dentro de un pluralismo razonable, habilitando a que el principio de beneficencia se haya matizado con el principio de evitar el daño o no maleficencia (por ejemplo, aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin). Emmanuel y Emmanuel (1992): lo llaman “modelo deliberativo”, donde médico y pacientes son colaboradores en la toma de decisiones, y el médico tiene el objetivo de ayudar a que el paciente elija entre las diversas opciones los valores que realmente desea. De esta forma, el fenómeno de la emancipación de los pacientes y su mayor protagonismo en la toma de decisiones es una de las características de la relación médico-paciente en la actualidad.

En el marco de esta relación es que el médico tiene acceso a los aspectos más íntimos del enfermo, tanto en lo que concierne a su persona física, como a su personalidad psíquica, a sus pensamientos, ideas y secretos, ya estén relacionados o no con su enfermedad, ya sea de forma espontánea o por el interrogatorio médico. Por ello se incluye como objeto de secreto profesional todo aquello que llega al médico en el ejercicio de su profesión. Se extiende no sólo a lo que le dicen sus pacientes, sino a cuánto ve y conoce, aún cuando el enfermo no hubiese querido que se hubiera producido ese conocimiento. No se ciñe a lo que se dice o confía, sino que comprende a lo que el médico ve, deduce y a todas las circunstancias. En síntesis, los elementos incluidos son: la naturaleza de la enfermedad y las circunstancias que ocurren en ésta y que

de revelarse pueden acarrear cualquier tipo de prejuicio, moral o material, al enfermo o a sus allegados (Ferrer, 2000: 126).

El secreto profesional que se espera en la relación entre el médico y el paciente puede, sin embargo no ser de carácter absoluto, ya sea por la propia voluntad del paciente, ya sea en situaciones dónde el médico se encuentra involucrado en actos delictivos, ya sea que el médico actúe como perito o médico forense, e incluso en otras situaciones en las que corren peligro la vida de terceros, como pueden ser algunas enfermedades infecto contagiosas³.

Así como el médico tiene obligaciones hacia el paciente, como el secreto profesional o dar información veraz y precisa al paciente, también tiene derechos. La dignidad de la persona obliga al médico y al paciente al respeto de ideas recíprocas en cuanto que ambos son considerados agentes morales autónomos, libres y responsables. Y esto supone hacer las cosas a conciencia, de acuerdo con principios racionalmente fundados y profundamente sentidos. Si al médico se le exige ir en contra de su conciencia que es como decir ir en contra de su dignidad como sujeto moral, aparece el conflicto, por ello también es necesario reconocer la objeción de conciencia que el profesional de la salud puede realizar, es decir, rechazar la realización de un acto médico por razones morales, personales o religiosas teniendo la obligación de obtener la atención de otro médico en ese caso (Ferrer, 2000: 136-139).

En tanto, el acto médico tiene como uno de sus pilares la relación de confianza con el paciente, el secreto médico se presenta como condición necesaria para el correcto ejercicio de esta actividad profesional. Así como es decisivo el modelo de relación médico-paciente que se adopte, reconociendo que se trata de personas, con las que se debe entablar un diálogo comunicativo.

El valor ético del secreto profesional

Las teorías éticas contemporáneas que son la base de los diferentes modelos de fundamentación en temas de bioética son la deontología y el consecuencialismo. Tomando la propuesta de Williams (1973), la distinción entre deontología y consecuencialismo se puede realizar en función de la pregunta: ¿hay acciones o disposiciones que tienen valor independientemente de las consecuencias? En el enfoque deontológico las acciones tienen valor independientemente de las consecuencias. En el enfoque consecuencialista las acciones no tienen valor por sí mismas, ya que su valoración depende de sus

(3) Cfr. nota 2.

consecuencias, esto supone que las opciones deben ser evaluadas moralmente sólo por los estados de cosas que provocan (Williams, 1973: 78 y ss.).

En la discusión bioética, ambos enfoques ético normativos, aunque desde distintas fundamentaciones, comparten un principio estrictamente formal como canon de toda moralidad; es decir como un criterio general al que deben ajustarse todos los mandatos: la igual consideración y respeto a todos los seres humanos. Lo que significa respetar la autonomía y la libertad de decisión de todas y cada una de las personas⁴.

La deontología, basa sus raíces en la ética kantiana, la cual entiende que ser sujeto moral implica que toda persona debe ser considerada como un fin en sí mismo y no sólo como medio para otros. En esto se diferencian las personas de las cosas, que son sólo medios y por tanto no tienen carácter moral. Las personas tienen dignidad, eso significa que valen por sí mismas y no tienen precio, y por tanto no son intercambiables o reemplazables como los objetos: “Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene dignidad” (Kant, 1785: 112).

John Stuart Mill, base de los enfoques consecuencialistas, presenta y argumenta fehacientemente este principio:

consiste en afirmar que el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo. Estas son buenas razones para discutir, razonar y persuadirle, pero no para obligarle o causarle algún perjuicio si obra de manera diferente. Para justificar esto sería preciso pensar que la conducta de la que se trata de disuadirle producía un perjuicio a otro. La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás. En la parte que le concierne meramente a él, su independencia, es de derecho, absoluta. *Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano.* (Mill, 1859: 65-66; énfasis agregado)

Desde estas concepciones éticas: ¿Cuáles son los límites y alcances del secreto profesional médico? En la literatura bioética, el deber profesional de

(4) Esto no implica desconocer que éste principio no es aplicable a quienes siendo personas carecen de la capacidad de deliberación y por tanto de decisión libre y responsable, los cuales son personas con una vulnerabilidad tal que merecen protección específica.

mantener la confidencialidad ha sido ampliamente aceptada, si bien se han propuesto distintos tipos de razones morales en su apoyo. (Costa, 2008, pp. 184-186)

Desde posiciones deontológicas extremas se sostienen que existen ciertos principios, de valor absoluto que tienen prioridad sobre otras consideraciones. En tanto el médico revela información que le fue provista confidencialmente y que él de manera implícita por su condición de médico, prometió no divulgar, actúa inmoralmemente. Se debe entonces respetar la confidencialidad.

Desde un enfoque consecuencialista se puede recurrir a dos tipos de argumentos. En primer lugar, es una obligación del médico mantener o respetar la confidencialidad por las buenas consecuencias que produce, en la medida que promueve la confianza que el paciente tiene con su médico, y aumenta la posibilidad que el médico trate adecuadamente la enfermedad en tanto conoce todos los datos que le permiten determinar el diagnóstico y tratamiento apropiados. En este sentido, se toman las consecuencias a largo plazo, si el respeto del secreto profesional se convierte en regla produce mejores resultados (llamado consecuencialismo de regla: se toma como consecuencias el resultado que produce el acto como regla práctica general).

En segundo lugar, si se toman las consecuencias de la acción concreta (las consecuencias inmediatas) se pueden prevenir riesgos graves a terceros y se podría esgrimir la necesidad de infringir la confidencialidad. Se argumenta que el riesgo de daño o el principio de no dañar pueden revocar la obligación de confidencialidad, y se deberá tener en cuenta la probabilidad y severidad del daño. Es decir, que el secreto profesional debe mantenerse o romperse según los resultados que puedan predecirse en cada caso. Este tipo de “consecuencialismo de acto” implica que las variables a considerar en cada acto concreto son muy difíciles de establecer y mucho menos de predecir.

Desde estos enfoques éticos es posible defender la obligación ética del médico de mantener el secreto profesional cuando asiste a una mujer que ha padecido un aborto ya sea espontáneo o voluntario, ya sea por que la información le llegue por la declaración de la paciente o por las secuelas que le han provocado la realización del mismo. En particular, desde un enfoque consecuencialista de acto que habilita en principio, tanto el mantenimiento o no del secreto profesional en función de las consecuencias de cada acto particular, ya que el resguardo del hecho en estos casos no provoca daños predecibles concretos. El daño predecible es que si los médicos no guardan el secreto profesional las mujeres no irán a consultar ni atenderse frente a situaciones de riesgo causada por abortos realizados en condiciones inadecuadas, por lo que es deber del médico no revelar la situación, sino atender debidamente a la paciente.

Códigos de Ética Médica y Legislaciones

Dentro de las varias declaraciones de carácter internacional que sustentan la obligación médica de mantener el secreto profesional, se destaca la adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) que señala que “En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; [...] guardar y respetar los secretos a mí confiados, aún después que un paciente haya muerto” (Ginebra, Suiza de 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto de 1968).

En el Uruguay se cuenta, hasta el momento, con dos referentes sobre la temática: el “Código de Ética Médica” del Sindicato Médico del Uruguay, aplicable únicamente a los socios del mismo, y el Decreto 258/992 del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992 “Normas sobre conducta médica y Derechos del paciente”, las que son de “aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública” y “serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamientos médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública pero respecto a las cuales sea llamada a intervenir de acuerdo con su competencia legal.” (Arts. 45 y 46).

El Código de Ética Médica aprobado en 1995 por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), cuyas disposiciones son obligatorias solamente para los médicos afiliados al SMU establece como principios éticos fundamentales de los profesionales de la medicina que:

deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos. Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad. El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar padecimientos no impuestos por razones médicas, ni tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para el exterminio del ser humano, o para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral. El médico, como integrante del equipo de salud debe desarrollar las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano, para lo cual se basa en una formación profesional reconocida y se guía por los principios y normas éticas establecidas en este Código. (Capítulo II, Art.2).

En el Capítulo IV – La relación médico-paciente, se señalan los derechos y deberes mutuos. Se establece que todo paciente tiene derecho a:

1. Conocer sus derechos y las reglamentaciones que rigen sus obligaciones a través de las instituciones y los equipos de salud. 2. No ser perjudicado por el acto médico. 3. Que el médico no se ocupe solamente de la salud física sino de la salud integral de la persona. 4. Ser respetado en su dignidad como paciente, lo cual implica tener las condiciones para hacerse cada vez más consciente, más autónomo y estar más insertado en la comunidad social en la que vive. (Art. 14)

La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que: 1. El paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado. 2. El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece. 3. Sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente. (Art. 16)

El paciente tiene derecho a: 1. Exigir que se guarde ante terceros el secreto de su consulta. El médico debe garantizar este derecho en tanto esté a su alcance. 2. A no revelar su nombre ni aun ante el médico, en determinadas circunstancias. 3. A la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte. El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto. (Art. 20)

El secreto profesional debe respetarse aun en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público. El médico tratante evitará indicar la patología concreta que aqueje a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que las instituciones públicas o privadas exijan una conducta contraria. Queda el médico liberado de esta responsabilidad si el paciente se lo solicita o lo consiente explícitamente. El médico certificador procurará el cumplimiento estricto de este artículo y denunciará al SMU cualquier tipo de presión institucional que recibiese para su incumplimiento. (Art. 21)

El derecho al secreto no implica un deber absoluto para el médico. Además de los casos establecidos por la Ley, éste deberá revelar el secreto en situaciones como las siguientes: 1. Peligro vital inminente para el paciente (posibilidad de suicidio). 2. Negativa sistemática de advertir al inocente acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades adquiridas, transmisión hereditaria de malformaciones, etcétera). 3. Amenaza a la vida de terceros (posibilidad de homicidio en cualquiera de sus formas). 4. Amenaza a otros bienes fundamentales para la sociedad. 5. Defensa legal contra acusación de su propio paciente. 6. Los médicos deben reclamar a la Justicia que recurra a los medios propios para investigar un posible delito, sin coaccionar al médico a romper su deber de fidelidad para con el paciente. (Art. 22).

Entre los derechos de los médicos se destaca en relación a la temática tratada:

Tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por la Ley. Tiene en ese caso la obligación de derivarlo a otro médico. (Art. 33)

El médico tiene derecho a negar su atención por razones profesionales o personales, o por haber llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza y credibilidad indispensables con su paciente, con excepción de los casos de urgencia y de aquellos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias. (Art. 34)

El Código de Ética Médica del SMU tiene un ámbito de aplicación restringido –sólo afecta a sus asociados– es una manifestación de la relación médico-paciente en el marco de un modelo basado en que ambos son sujetos morales, y por tanto autónomos y responsables, debiéndose respetar tanto el secreto profesional como la conciencia del médico. El Decreto del Poder Ejecutivo del año 92, denominado “Normas sobre conducta médica y Derechos del paciente”, siendo anterior al del SMU y teniendo una aplicación más amplia, habilita una lectura ambigua sobre el secreto profesional y la relación-médico paciente ya que establece que el médico debe brindarse con bondad procurando que esto sea comprendido y asumido por el paciente, sin considerar que las cosmovisiones sobre lo bueno no son unánimemente compartidas. Y si bien es uno de los deberes del médico guardar el secreto profesional y uno de los derechos del paciente la confidencialidad sobre su estado de salud; se establece que el médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración requerida sea por vía administrativa y judicial. Esto habilita a que no se cumpla con los derechos del paciente y deberes del médico anteriormente enunciados. A continuación presentamos estos artículos, para luego presentar un análisis de las normas legislativas en las que se enmarca el aborto, hasta hoy considerado un delito penal, salvo escasas excepciones.

El Decreto del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992-Ministerio de Salud Pública, presenta las Reglas de Conducta Médica, estableciendo dentro de los deberes del médico:

Art. 1º - El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo con los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra. Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.

Art. 4º - El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente.

Art. 15º - El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aun cuando de ello se deriven perjuicios para el o sus colegas. Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.

Asimismo establece como Derechos del Paciente, en el Art. 40: “El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.”

Si bien el Código Penal especifica en el Título XII, De los delitos contra la personalidad física y moral del hombre. Capítulo IV (Arts. 325-328) que el aborto con o sin consentimiento de la mujer es un delito imputable a quien colabore o lo causare el aborto, cuando es con su consentimiento se incluye el castigo en todos los casos a la mujer –aunque existen atenuantes– pero no es imputable de delito al hombre que es el también responsable de ese embarazo. Sin embargo, la Ley 9.763 de Aborto de 1938 establece en el Artículo 3º que “El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública (MSP). El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.” Ya en el año 38 hay un reconocimiento *prima facie* de la importancia de la confidencialidad en la relación terapéutica en tanto se establece dar cuenta del hecho al MSP, pero “sin revelación de nombres”.

Es claro que si un médico actúa como perito o médico forense su tarea consiste en revelar la situación médica del paciente, de no ser ese el caso está exento de dar información, incluso frente a la Justicia Penal.

Siendo hoy el aborto considerado un delito penal, la Ley Nº 16.893 Código del Proceso Penal (16 de diciembre de 1997) en la Sección V – De los documentos, en su Art. 162 (Comunicaciones al imputado), se admiten como medios de prueba al objeto del proceso penal las misivas y otras comunicaciones dirigidas por el procesado a terceros o por esto a aquél, pero

Se exceptúan de la disposición anterior las comunicaciones del imputado con su defensor y con personas amparadas por secreto profesional, excepción, esta última,

que no rige si dichas personas son también imputadas ni cuando aquéllas son medios para la preparación, ejecución o encubrimiento de delito. (Art. 162.2).

Es decir el secreto profesional debe mantenerse si el médico no está relacionado con el hecho, pero tampoco puede violarse la confidencialidad si el médico actúa como testigo. Como lo establece la Sección VI – De los Testigos, se establecen exenciones al deber de testimoniar:

Deben rehusarse a contestar preguntas que violen su deber o facultad de reserva aquellos que están amparados por el secreto profesional o que por disposición de la ley deben guardar secreto, salvo que sean formalmente dispensados por el beneficiario. (Art. 166.2)

Los códigos de ética médica internacional y nacional muestran el valor que tiene el secreto profesional como condición necesaria del correcto ejercicio de la medicina, al punto que su alcance llega a la legislación nacional en tanto el médico, salvo las excepciones indicadas anteriormente, está exento de revelar información sobre el paciente. Esto supone que los profesionales de la salud de nuestro país, no sólo deben velar por la salud de los pacientes, sino atender debidamente a las mujeres que presentan secuelas de abortos mal practicados, no teniendo la obligación legal de informar ni de declarar ante la Justicia, ni la Policía. Sólo deben informar el hecho al Ministerio de Salud Pública, pero sin revelación de nombres.

Las palabras escritas en declaraciones éticas y en normativas jurídicas no siempre dan cuenta de las prácticas ni de los conflictos que en los hechos viven las personas en una sociedad. La mujer es estigmatizada y penalizada por realizar una práctica médica que hoy se considera ilegal, pero los médicos que atienden a las mujeres con consecuencias de haberse realizado un aborto no quedan exentos de conflictos. El profesional de la salud que tiene responsabilidades éticas y obligaciones legales se enfrenta a un marco ético en el cual el secreto profesional es garantía del ejercicio médico, sin embargo tiene el deber de denunciar al MSP (aunque respetando el anonimato del paciente) cuando se encuentra ante una práctica abortiva, aunque no tenga la obligación legal de violar el secreto profesional.

Pero es también necesario garantizar que las convicciones religiosas o filosóficas de éste profesional sean respetadas, entendiendo que cuando se enfrenta a estas situaciones que considera ilícitas por este tipo de creencias no se limite ni su libertad de pensamiento ni de acción. Es de orden ético que el médico sea respetado en sus convicciones, por lo que resulta insoslayable que tanto la normativa ética y jurídica la respete, tanto como a la libertad de la mujer de decidir sobre su bien y su cuerpo. Es necesario para ello que lo que se

entiende como objeción de conciencia sea también considerado en un nuevo marco deontológico profesional y jurídico.

La recientemente promulgada Ley N° 18.591 (18 de setiembre de 2009) de la Profesión Médica por la cual se crea el Colegio Médico del Uruguay “con el cometido de garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido.” (Art. 1) disponiendo que existirá un Código de Ética Médica es una de las oportunidades que tenemos como sociedad para subsanar la deuda que tenemos con las mujeres que son estigmatizadas, discriminadas y culpadas de un delito, que desconoce su calidad de sujeto moral autónomo y responsable, pero que también respete las creencias de los profesionales de la salud.

Bibliografía citada

- Costa, M.V. (2008). “El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad”. En *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica., pp. 165-196.
- Emmanuel, E. y Emmanuel, L. (1992). “Four Models of the Physician-Patient Relationship” en *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, num. 16, pp. 2221-2226.
- Ferrer Colomer, M. (2000). “Secreto Profesional. Veracidad y Consentimiento Informado. Objeción de Conciencia”. En *Bioética*, Gloria María Tomás Garrido (coord.) Barcelona, Ed. Ariel -Ciencia, pp. 125-140.
- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Austral, Madrid, 2001.
- Luna, F. y Salles, A. (2000). *Decisiones de Vida y Muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana.
- Mill, J. S. (1859). *Sobre la libertad*. Madrid, Ed. Alianza, 1970.
- Salles, A. (2008). “La relación médico-paciente”. En *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica, pp. 137-164.
- Williams, B. (1973). “A critique of utilitarianism”. En J.J.C. Smart y B. Williams, *Utilitarianism: For and against*. EE.UU.: Cambridge University Press.

Una mirada jurídica sobre el aborto. Normativa, dogmática y práctica judicial¹

Alicia Castro Rivera

En este capítulo se pretende ofrecer una descripción y algunas reflexiones sobre la práctica jurídica concerniente al aborto voluntario. De ese modo, se entiende contribuir –como propone Sanseviero et. al. (2003)– con el esfuerzo por (des)correr velos y (re)construir una imagen más cercana a la realidad de la represión penal.

Un enfoque jurídico tradicional, apegado a los textos normativos, se limitaría a señalar que nuestro sistema penal prohíbe interrumpir voluntariamente la gestación y tipifica el aborto como delito. En esa línea, la dogmática penal presenta las normas, que reconstruye a partir de las disposiciones legales, agregando sus comentarios.

Una perspectiva teórica –en cambio– debe hacerse cargo de que el derecho, más que textos dotados de autoridad, es una práctica social institucional destinada a estabilizar las expectativas de comportamiento socialmente valoradas.

Observa Habermas (1998) que el derecho se presenta como una articulación más o menos exitosa de facticidad y validez y eso significa que alcanzar exigencias fácticas –obtener la efectiva observancia de las normas, sea espontánea o como resultado de una aplicación eficaz por las institucio-

(1) Agradezco los comentarios y aportes del Prof. Oscar Sarlo sobre versiones preliminares de este trabajo.

nes– y de reconocimiento social de la legitimidad normativa, derivada de la aceptación, sea del carácter legítimo de las autoridades o de los valores que esa práctica representa. Esto permite cierta estabilización de expectativas, que supone cierta estabilidad en las interpretaciones y decisiones de aplicación, puesto que la seguridad jurídica es necesaria para decidir nuestras acciones, sabiendo a qué atenernos. Esa seguridad jurídica constituye un valor colectivo que depende de la conducta de las instituciones, del hecho de que existan criterios y actitudes compartidos por los operadores jurídicos y éstos sean efectivamente seguidos y públicamente conocidos por la colectividad social.

De modo que una mirada jurídica exige ir más allá de los textos y de la visión dogmática, para interesarse en saber qué piensan y qué hacen los participantes en la práctica, tanto los actores institucionales –policía, jueces, fiscales y defensores penales– como las demás personas, que orientan sus conductas en el sentido normativo pretendido o que no lo hacen.

Asumiendo esa perspectiva, de inmediato se detecta una situación claramente atípica: un delito que se comete regularmente, sólo excepcionalmente es denunciado y reprimido. Esta observación empírica exige indagar creencias y actitudes de quienes interactúan en esta práctica: quienes deciden abortar, quienes les prestan asistencia y, sobre todo, quienes ejercen el poder punitivo estatal y deben aplicar una normativa normalmente desacatada y mayoritariamente cuestionada por la colectividad².

El delito de aborto

Nuestro primer Código Penal (Ley N° 2.037) incluía en el título referido a los “delitos contra las personas” una sección sobre el “delito de aborto” (arts. 341 a 345). Más tarde, el Código Penal proyectado por Irureta Goyena y aprobado como Ley N° 9.155 del 4 de diciembre de 1933, vigente desde 1934, siguió la tendencia abolicionista considerando que la interrupción del embarazo consentida por la gestante “filosóficamente no es delito”, y sólo tipificó como delito el aborto realizado sin consentimiento de la mujer o que le causa lesiones o la muerte.

Sin embargo, ante el firme embate de conservadores católicos el 24 de enero de 1938 se aprobó la Ley N° 9.763 que incorporó al Capítulo XII sobre

(2) Esto supone considerar el comportamiento de autoridades sanitarias, policiales, fiscales y judiciales, médicos y paramédicos, mujeres que abortan, su entorno familiar y social y en general, la gente que tiene relativo conocimiento de tal práctica.

delitos “contra la personalidad física y moral del hombre” del Código Penal los artículos 325, 326 y 328, significando la derrota de la tesis liberal.

La normativa penal

Muy sumariamente, con el único propósito de facilitar la comprensión de las normas penales vigentes, recordaremos que toda ley penal prohíbe ciertas conductas mediante una técnica peculiar que consiste en describir cada conducta prohibida, que resulta “tipificada” como “delito” e imputar una pena a quien infrinja la prohibición.

La simple lectura de los artículos 325, 326 y 328 permite advertir que nuestra ley penal ha tipificado distintas conductas que configuran un mismo delito –el delito de aborto– imputándoles penas diferentes. Así, incurre en delito de aborto:

- a) la mujer que intencionalmente provoca o consiente abortar, correspondiéndole pena de prisión, entre de 3 a 9 meses;
- b) toda persona que intencionalmente colabore para que la mujer aborte, correspondiéndole pena de prisión, de 6 a 24 meses que, si la mujer sufre lesión grave o gravísima, pasa a ser de penitenciaria, de 2 a 5 años y, si muere, de 3 a 6 años;
- c) toda persona que, sin consentimiento de la gestante, provoca que aborte, correspondiendo pena de penitenciaría de 2 a 8 años y, si la mujer sufre lesión grave o gravísima, aumentará de 3 a 9 años o, si muere, 4 a 12 años.

Intérpretes y aplicadores señalan supuestos que no configuran delito, están eximidos de pena o habilitan el perdón judicial. Según se sostiene, no habría delito en el aborto terapéutico stricto sensu, que realiza un médico cuando hay riesgo cierto para la vida de la mujer y se trata de salvarla, porque esa circunstancia opera como causa de justificación de esa conducta.

Corresponde legalmente eximir de pena el aborto que practica un médico, con consentimiento de la gestante, en alguna de estas situaciones:

- a) sin existir riesgo de vida, existan causas graves de salud que, para algunos intérpretes refieren a la gestante (aborto terapéutico lato sensu) y para otros, alcanzan también al feto aunque no comprometan la salud de la madre (aborto eugenésico)³;

(3) Langón (1979) señala la aceptación doctrinaria de la eximente de aborto terapéutico cuando el feto tiene problemas gravísimos, citando a Bayardo (1963) que ejemplifica con casos de deformidad aberrante.

- b) cuando el embarazo resulte de una violación y no haga tres meses del hecho.

Existen además dos supuestos de “perdón judicial”, dos situaciones en que el juez queda facultado para absolver. Exigen que el aborto haya sido realizado por un médico con consentimiento de la mujer y en los tres primeros meses de la concepción, verificándose alguna de estas condiciones:

- a) sea cometido por quien, no siendo causante del embarazo, actúe por “móvil de honor” para preservar el de la mujer, del marido u otro pariente próximo;
- b) medien razones de angustia económica (aborto miserable).

Si falta el consentimiento de la mujer, las circunstancias eximentes o habilitantes de perdón judicial operan como atenuantes específicos permitiendo abatir la pena a recaer (art. 328).

Inversamente, están previstas agravantes específicas, que justifican mayores penalidades para casos en que:

- a) el aborto se practique por el marido;
- b) se cometa con abuso de autoridad, o de relaciones domésticas o de la cohabitación o con violación de deberes inherentes al estado, cargo, oficio o profesión (art. 327);
- c) se ejercite sobre mujer menor de dieciocho años, o privada de razón o de sentido;
- d) se cometa con violencia o fraude.

Como puede verse, la mujer grávida que aborta es sujeto activo del delito y puede serle impuesta pena, pero su consentimiento es relevante para que ciertas circunstancias operen como eximentes o razones de perdón judicial y no sólo como atenuantes, lo que algún tratadista vernáculo encuentra injustificado (Bayardo, 1963).

Algo similar ocurre con los médicos, que pueden ser incriminados como autores del delito en tanto “colaboren” intencionalmente para interrumpir la gestación –excepto que sea para salvar la vida a la mujer– pero su intervención es condición para las eximentes, el perdón judicial y las atenuantes, de modo que allí su actuación no es punible sino necesaria.

Como los médicos están habilitados para interrumpir la gravidez en ciertas situaciones y no en otras, se les ha impuesto una obligación legal de comunicar al Ministerio de Salud Pública toda vez que intervengan en un aborto o en complicaciones originadas en un aborto dentro del plazo de 48 horas de haberlo hecho. Adicionalmente, gozan de cierta protección porque antes de procesar a un médico por delito de aborto, el juez debe solicitar “informe” al Ministerio, quien “se expedirá luego de oír al médico respectivo” y, en principio, la falta del informe obsta el procesamiento (Bayardo, 1963). La ambigüedad de la situación del médico origina problemas especiales que veremos luego.

Este breve panorama quedaría incompleto si omitiéramos algunas observaciones de carácter general a considerar.

Así, la ley penal dispone que quien realiza la conducta tipificada debe ser castigado si actúa de manera conciente y voluntaria con la intención de interrumpir la gestación (dolo)⁴. Esto excluye de pena las conductas de personas inimputables, como por ejemplo los menores de 18 años o quienes estén privados de razón o lucidez, así como las situaciones en que el imputado produjo el resultado involuntariamente, aunque haya negligencia o impericia, por ejemplo, un médico que omite controles necesarios o no advierte un peligro de pérdida del embarazo o, advirtiéndolo, equivoca la conducta médica y provoca la pérdida del embrión.

En cambio, la conducta típica puede realizarse tanto por acción como por omisión, haciendo algo para interrumpir la gestación o dejando de hacer algo que fuere necesario para que esa gestación prosiga su curso; por ejemplo, el médico que ante probabilidad de aborto espontáneo no intenta impedirlo (Preza, 1999: 76).

Si bien no se castigan los actos preparatorios del delito (por ejemplo, la mujer embarazada que está en un consultorio donde hay instrumentos para proceder al aborto), es punible la tentativa de delito. Esto supone que se ha empezado a ejecutar el delito con actos propios del iter criminis aunque no llegue a consumarse cuando median causas independientes de la voluntad del agente; por ejemplo, la mujer se encuentra en la camilla y alguien ha comenzado las maniobras para provocar el aborto siendo interrumpido por la intervención de terceros⁵.

También cabe recordar que pueden ser penados tanto el autor del delito como el coautor o el cómplice. Brevemente, se considera autor al sujeto que ejecuta los actos que consuman el delito o determina a personas no imputables o no punibles a cometer el delito (Código Penal art. 60); coautor a quien coopera directamente en el período de la consumación del delito o determina a otro sujeto imputable a cometer el delito; o, siendo funcionario público obligado a impedir, esclarecer o penar el delito, antes de la ejecución y para decidirla, prometa encubrir el hecho; o realiza, en la faz preparatoria o en la faz ejecutiva, algún acto sin el cual el delito no pudiera cometerse (Código Penal art. 61); y es cómplice todo sujeto que coopera moral o materialmente al delito con actos anteriores o simultáneos, pero previos y distintos a la consumación.

(4) No alcanza con que se haya causado objetivamente el resultado, se requiere comprobar que hubo dolo, sea directo o eventual.

(5) Tampoco hay responsabilidad si hay desistimiento voluntario del delito, siempre que los actos ejecutados no constituyan, por sí mismos, delito (art. 5). Por ejemplo, la mujer o su colaborador cambian de idea y desisten del aborto.

Finalmente, establecido mediante el proceso penal que el imputado es responsable de delito, corresponde determinar la pena entre el mínimo y máximo que fija la ley. Para hacerlo, existen ciertos criterios de carácter general, con alteratorias atenuantes o agravantes y cierta discrecionalidad judicial para apreciar esas variables⁶. Todavía existe la posibilidad de que –mediando ciertas circunstancias– se disponga canjear pena de prisión por multa o se suspenda condicionalmente el cumplimiento de la condena.

La dogmática penal

Llamamos dogmática al conjunto de trabajos producidos por los juristas que interpretan, sistematizan y comentan las disposiciones de áreas específicas del Derecho. Como es sabido, la dogmática –más conocida como doctrina– cumple funciones relevantes para el sistema jurídico ya que, aunque afirma limitarse a describir y sistematizar disposiciones legales, sobrepasa ese propósito manifiesto e influye decididamente sobre las decisiones judiciales (Nino, 1984: 321).

Siguiendo la tradición de los estudios jurídicos de los siglos XIX y XX, nuestra dogmática penal se ha ocupado del concepto de aborto, exponiendo algunas clasificaciones, presentándolo como problema social y contando la historia legislativa nacional, para abocarse luego a interpretar las normas que tipifican las conductas penalmente prohibidas y las penas previstas, deteniéndose en detalles de las figuras delictivas, eximentes, supuestos de perdón judicial y alteratorias, con citas de autores nacionales y algunos extranjeros. Casi todos los trabajos intentan además justificar el carácter delictivo del aborto identificando algún valor o bien jurídico que se quiere proteger con la prohibición de interrumpir la gestación.

Ese modo de proceder es habitual en la dogmática, cuya intención manifiesta es describir objetivamente un sistema normativo particular, pero esa intención de objetividad resulta engañosa ya que, sin advertirlo expre-

(6) El juez deberá atender a antecedentes personales del culpable, su mayor o menor peligrosidad, el número y sobre todo la calidad de las circunstancias agravantes y atenuantes que concurran en el hecho. Hemos referido atenuantes y agravantes específicas del delito de aborto pero existen atenuantes y agravantes genéricas para cualquier delito. Las primeras están en el art. 46 y son circunstancia como tener entre 18 y 21 años, ser sordomudo, actuar en estado de intensa emoción determinada por una gran desventura, presentarse a la autoridad, colaborar en la investigación, buena conducta anterior y otras similares, mientras que las agravantes están en los arts. 47, 48 y 58, pudiendo algunas configurarse en este delito, por ejemplo, el móvil de interés, el carácter público del agente, la causación de males innecesarios, sin olvidar los casos de delito continuado, reincidencia y habitualidad.

samente, de modo encubierto, lo que hace es asignar significado a las disposiciones, construyendo las normas y reconstruyendo un sistema más preciso y completo, a la vez que trata de justificarlo, presentándolo como racional y axiológicamente correcto. De esa manera la dogmática va más allá de los textos normativos asumiendo una función orientadora de la jurisprudencia, de modo que resulta imprescindible para comprender y predecir las decisiones judiciales (Ross, 1963: 47-49).

Como ejemplo, saber qué entiende la dogmática por “móvil de honor” o “angustia económica” permite predecir con más probabilidad de acierto la decisión judicial a recaer y a la vez hace notorio hasta qué punto influye la interpretación doctrinaria de expresiones vagas sobre las decisiones de los jueces⁷.

En nuestro caso ocurre algo peculiar –la penalización del aborto consentido por la mujer es discutida– y la dogmática se involucra en la discusión que, en ocasiones, abre otra, de segundo nivel, acerca de la justificación de los delitos y de la punición penal.

¿Cómo definir el aborto? La dogmática observa que la ley penal no define el aborto, dejando un espacio que permite discutir al significado del término en la norma legal. Definir el aborto –tarea que asumen los dogmáticos– no es ocioso ni indiferente: consiste en completar la ley y de cómo se haga dependerá la decisión judicial acerca de si una conducta configura o no el tipo delictivo.

El penalista Fernando Bayardo, fuertemente influyente en la dogmática uruguaya durante décadas, define al aborto como “la interrupción intencional del proceso fisiológico del embarazo, con la consiguiente pérdida del objeto de la concepción” (Bayardo, 1963). Describirlo de esa manera, permite sostener que hay delito toda vez que exista embarazo y sea intencionadamente interrumpido, eludiendo toda referencia a la vida del embrión. Langón (1979: 66-67), siguiendo a su maestro, pretende mayor precisión, definiéndolo como la “interrupción voluntaria del proceso fisiológico de la gravidez de una mujer, realizada por ésta o por un tercero, por cualquier medio idóneo, que ocasione la muerte del producto de la concepción, ocurrida luego de la anidación en el útero del huevo fecundado y hasta el comienzo del trabajo de parto”. Introduce así un doble acotamiento temporal. Primero, la exigencia de

(7) Preza (1999) señala que el “móvil de honor” alude a la intención del agente de la conducta delictiva, que actúa motivado por el propósito de defender cierta idea de “honra sexual” de la mujer, entendiéndolo que resulta afectada por el embarazo, y que ella afecta el honor de su marido o de otros parientes próximos. Por su parte, la “angustia económica” alude a situaciones de pobreza, en las que se decide el aborto por la desesperación derivada de no poder enfrentar económicamente el nacimiento y crianza de un hijo, aunque no se exija pobreza extrema o marginalidad.

anidación del huevo fecundado en el útero, coincidiendo con lo que parte de la dogmática, que sigue teorías médicas, sugiere para fijar el momento en que el futuro ser humano ya no debe ser expulsado voluntariamente. La cuestión es relevante porque descarta como abortivos ciertos dispositivos que permiten la fecundación pero obstan la anidación. Y luego, comenzado el trabajo de parto salimos de la figura del aborto, sin esperar la primera respiración del recién nacido, como propone parte de la doctrina.

Como se advierte, la definición dogmática del aborto prescinde de las engorrosas cuestiones discutidas cuando se reflexiona sobre el fundamento de la penalización.

La justificación del delito de aborto. Nuestro Código Penal presenta los delitos ordenados según un criterio teleológico, agrupándolos por capítulos según los “bienes jurídicos tutelados” que pretenden proteger y describiendo las distintas conductas que, por agredirlo, son calificadas como delitos y habilitan la imposición de una pena.

Siguiendo su tradición académica, la dogmática penal justifica cada figura delictiva identificando el bien tutelado con la prohibición y penalización. Sin embargo, existe discusión acerca de cuál es el bien jurídico tutelado por el delito de aborto y la dogmática ofrece distintas respuestas para justificar la penalización.

El delito de aborto está incluido entre los que tutelan la personalidad física y moral del hombre, junto con el homicidio, lesiones personales y difamación e injurias⁸. Existe acuerdo en que el delito de aborto sin consentimiento de la mujer tutela como bien jurídico la salud de la gestante, tanto física –por los efectos que producen en su cuerpo los medios usados para interrumpir el proceso fisiológico de gestación– como psíquica, afectada por la pérdida de un embarazo que no deseaba interrumpir. Algunos lo encuadran en el derecho de la mujer a su integridad personal, agredida por procedimientos abortivos.

Sin embargo, es llamativo que este supuesto no motive otras reflexiones y que la atención se dirija al valor de la integridad psico-física o salud de la mujer, sin pensar siquiera en tutelar su libertad para auto-determinarse o sus derechos reproductivos violentados por un aborto impuesto.

La discusión se centra en la justificación del aborto consentido por la mujer gestante. Algunos sostienen que el bien jurídico protegido es el derecho del feto a la vida, tesis criticada por Bayardo⁹, que se resiste a reconocer

(8) El infanticidio fue suprimido como delito por la Ley N° 16.707.

(9) Según Bayardo (1963) incluir el delito de aborto en el capítulo destinado a “la protección de la personalidad física y moral del hombre” es inadecuado porque “puede inducir a intérpretes con poca imaginación a sostener que el bien jurídico tutelado es la vida del feto” y es preciso aventar esa idea errónea. Coincidiendo con Salvagno Campos afirma que el feto no tiene ningún derecho

derechos a quien todavía jurídicamente no es persona y sostiene que el fundamento es el derecho de la sociedad a conservar una expectativa de vida que le pertenece.

Para Preza (1999) el bien jurídico protegido es la vida del feto, sin que sea una objeción atendible el hecho de que aún no sea persona porque lo que se tutela no es una mera esperanza de vida sino una etapa de una vida humana en formación –etapa intrauterina– y el titular de ese interés protegido no es el feto sino la comunidad. Atribuye esa idea al célebre penalista italiano Carrara, en nuestro medio esbozada por Camaño. Rectifica así a Bayardo aunque coinciden cuando afirman que tal protección está impuesta al Estado por la norma constitucional que le asigna un deber de preservar la especie humana, la vida del futuro ciudadano, cuando ordena al Estado procurar el perfeccionamiento físico y moral de los habitantes. Otros hablan de proteger el orden familiar, la moral, las buenas costumbres. Ante semejante desconcierto viene a concluir que este delito tiene una múltiple justificación en una pluralidad de valores de los que son portadores el feto, la mujer, el padre, la sociedad, el Estado (Preza, 1999: 71).

Quienes hablan de proteger una esperanza de vida como quienes sostienen que se protege la vida del embrión suelen enfrascarse en una cuestión bien difícil: ¿desde cuándo puede considerarse que hay una esperanza de vida o una vida humana digna de tutela penal?

En ese espinoso asunto, Preza sigue al penalista español Muñoz Conde, que recuerda el criterio teológico, de la “animación” –que alude al momento en que el embrión recibe su alma– y le opone el criterio científico de la “anidación”, para concluir que la vida intrauterina –protegida por ser vida humana– comienza cuando el huevo fecundado se fija o anida en el útero materno, destacando las ventajas de esta posición. Si bien ese punto de vista indica un momento posterior a la concepción, Preza (1999: 142), citando opiniones de Arezzo y otros integrantes de la cátedra como Chavez Hontou, Gorosito y Caraballo, sostiene que el Pacto de San José de Costa Rica (Convención Americana de Derechos Humanos) impone proteger la vida humana desde la concepción (art. 4). Esa inconsecuencia era destacada por Langón en trabajo pionero señalado que concepción –fusión de los gametos masculino y femenino– y anidación son momentos diferentes (Langón, 1979: 68).

Un segundo nivel de justificación. Dijimos que la dogmática siempre se ha esforzado por justificar las decisiones legislativas y nuestro caso no

porque no es persona, la persona empieza con la vida independiente, que presupone el nacimiento y el comienzo de la autonomía del recién nacido que se inicia con la respiración. Aquí el bien jurídico tutelado es el interés de la sociedad, entendida como colectividad y representada por el Estado, que quiere conservar toda esperanza de vida humana, que le pertenece y que tiene el deber de cuidar para el perfeccionamiento físico y moral de los habitantes del país (Constitución art. 44).

escapa a la regla. Desde la década del treinta hubo voces discrepantes con la penalización que, sumándose al movimiento liberalizador, tuvieron éxito en el Código Penal aprobado en 1934. De modo que nuestro país fue pionero en estas latitudes pero cuatro años más tarde retrocedía por el embate conservador, portavoz de prédicas religiosas.

Casi treinta años después renacía la discusión, planteada enérgicamente por el alegato de Miguel Langón (1979), entonces Fiscal del Crimen y profesor adscripto en Derecho Penal, quien observaba que, en esa época, “abandonando la tutela de principios religiosos con vocación hegemónica sobre una sociedad pluralista, se produce el aparentemente incontenible movimiento liberalizador actual”. Langón (1979: 17) indicaba que

en todos los países en que se ha llevado a cabo el proceso tendiente a la descriminalización del aborto, particularmente en los de origen latino, la sanción legislativa de las nuevas normas se ha visto precedida de una verdadera batalla librada por partidarios y contrarios a la liberalización, con idéntico fervor y determinación, inclinándose el fiel de la balanza, en la época actual claramente en favor de la liberalización que se extiende más y más por las distintas naciones del planeta.

Tres décadas atrás¹⁰, este distinguido penalista sostenía que

la cuestión no radica en determinar si luego de la fecundación se está en presencia de una vida humana (sea o no jurídicamente persona) o de una programación cromosómica absolutamente original, irrepetible e inédita de vida humana, sino en establecer si el respeto por esas *spes vitae* debe o no prevalecer sobre otros valores que afectan a la existencia del propio conglomerado social.

De este modo, la dogmática penal se ve inmersa en la discusión sobre la penalización del aborto realizado con consentimiento de la gestante que, al profundizarse, conduce a otra discusión –de segundo nivel– acerca de la justificación teórica del delito. La discusión no es nueva y se encuentra en los libros de filosofía jurídica o de teoría general del delito: ¿algo es delito en sí y por eso se le tipifica e imputa una pena, o algo se prohíbe por alguna razón grave y por eso se lo tipifica y castiga, convirtiéndolo en delito? ¿El delito es mala in se o mala prohibita?

Para ciertas concepciones filosóficas, la prohibición penal es el reconocimiento de que ciertas conductas deben ser prohibidas por ser contrarias a mandatos de la moral, lo que implica asumir ciertos supuestos: que existe

(10) Corresponde acotar que en época reciente dicho profesor ha cambiado su posición, según surge de obras editadas por la Universidad de Montevideo y entrevista con Sapriza realizada en el marco de esta investigación.

una única moral objetivamente válida, que el legislador es capaz de conocer los dictados de esa moral y que es correcto que el derecho se convierta en brazo armado de esa moral. Para algunos, de pensamiento fundamentalista, es una moral religiosa –la que fuere–, para otros es una moral “natural” que se deduciría de cierta concepción de lo que es natural o “social” compartida, sin que haya diferencias sustantivas puesto que la idea de lo natural o la moral social está profundamente influida por las ideas religiosas que han permeado la cultura y, con ella, la concepción más o menos compartida de la vida, individual y social. Muchas veces se ha sostenido que el derecho debe recoger e imponer una moral compartida que, de hecho, es constitutiva de cierta forma de vida del grupo, cierta comunidad en determinada época.

Langón, adoptando una postura teórica que califica como positivista y liberal, descartaba en la década del setenta la imposición jurídica del pensamiento moral cristiano y afirmaba que decidir si una conducta debe ser delito o no es exclusivamente una decisión jurídica. Por esa razón debe abandonarse la interminable disputa sobre si ontológicamente la conducta es delictiva o no, es vano buscar fuera del ordenamiento positivo pautas metajurídicas que condicionen al legislador y le indiquen lo que debe o no debe hacer.

La criminalización de una conducta no debe decidirse por razones religiosas o metafísicas, sino formando un criterio jurídico sobre los bienes que merecen tutela penal “en orden a la satisfacción de una necesidad de convivencia social”, siendo el legislador el “auténtico intérprete del sentir colectivo en un momento histórico determinado” por lo que tiene el derecho fundamental de “disponer a su arbitrio respecto de la incriminación o no de ciertas conductas, sin atadura a ningún principio supralegal que lo limite”. Sus decisiones han de resultar de un debate parlamentario “que trata de determinar la escala axiológica de la población, que varía de acuerdo a la época y lugar, y cuya mudanza es, en nuestro tiempo, harto frecuente” (Langón, 1979: 19).

Decidir si el aborto es o no delito no depende de saber qué es filosófica, metafísica o biológicamente lo concebido sino de decidir si la mujer tiene derecho a elegir su maternidad o el poder estatal tiene derecho a apropiarse de esa decisión.

Esta discusión podría replantearse hoy desde una perspectiva diferente, aportada por John Rawls, que propone un criterio para deslindar lo que concierne a una moral comprensiva –que en nuestras sociedades pluralistas y liberales– no es una moral compartida por todos y el conjunto de principios y reglas que requieren un consenso transversal de toda la sociedad porque resultan básicos para poder convivir en un marco de igual libertad moral para todos (Rawls, 1996).

Por cierto que la discusión está abierta y de ella dan cuenta los reiterados debates que se suscitan en el ámbito parlamentario y dividen las opiniones

como eco de la profunda división que existe en la sociedad uruguaya, debates de los que nos ocupamos en otra parte de este libro.

En suma: la posición dominante en dogmática tiende a avalar la penalización, actitud que responde a la consabida adhesión de los juristas a las soluciones legales y también a la idea, de indudable sustrato religioso y ahora respaldo científico, de que existe vida humana desde la concepción y la creencia intuitiva de que toda forma de vida humana debe ser protegida. La adhesión se refuerza con referencias más que vagas a normas constitucionales sobre derecho a la vida o al deber estatal de fomentar el perfeccionamiento físico y moral de los habitantes y a normas internacionales de derechos humanos como la Convención Americana de Derechos Humanos leída superficial y fragmentariamente.

Lo que no les impide reconocer que la práctica del aborto está ampliamente difundida en todos los sectores sociales y que la penalización no ha servido para evitarla, así como que la aplicación de la ley penal trae resultados altamente perjudiciales, castigando particularmente a las mujeres más vulnerables, por juventud, ignorancia o pobreza. Por lo que, destacando que nuestra legislación penal refleja una moral sexual perimida, se manifiestan partidarios de una “puesta al día”.

Particularmente Preza (1999: 76-77) ha admitido que el sistema penal castiga a las más infelices:

A mayor pobreza, mayores probabilidades de daños irreparables en la persona de la mujer afectada y son estas mujeres infelices las que suelen ser reprimidas por el sistema penal, porque cuando el aborto se practica en condiciones sanitarias adecuadas y con la intervención de especialistas, el riesgo a la integridad física y a la vida disminuye considerablemente y las posibilidades de puesta en funcionamiento del sistema represor también disminuyen en igual proporción. Son datos de la realidad social a tener en cuenta a la hora de discutir la tan mentada despenalización del aborto.

Con carácter general había dicho antes –citando a Claus Roxin– que la previsión penal ha de circunscribirse a aquellos comportamientos que importan una efectiva “dañosidad” social y siempre que esa “dañosidad” no pueda ser evitada a través de otras soluciones normativas, al margen de lo penal. Completando la idea, señala que hoy una conducta sólo puede prohibirse con una pena cuando resulta del todo incompatible con los presupuestos de una vida en común, pacífica, libre y materialmente asegurada, aún una conducta inmoral ha de permanecer impune cuando no altera la pacífica convivencia (Preza, 1999: 8-9).

La práctica judicial

Según el artículo 2º de la Ley Nº 9.763,

cuando se denunciare un delito de aborto, los Jueces de Instrucción procederán en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas llegaran a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho figura entre aquellos que el Juez puede eximir totalmente de castigo, mandarán clausurar los procedimientos, siendo su resolución inapelable. En los demás casos se continuará el procedimiento, observándose los trámites ordinarios.

Para conocer lo que ocurre en la práctica judicial se solicitó información estadística al Instituto Técnico Forense y se intentó recoger mediante un cuestionario la experiencia de jueces penales, fiscales y defensores.

Datos estadísticos

En 1984 el grupo que formó el Centro de Investigación y Estudios Criminológicos (CIEC) presentó un trabajo con datos estadísticos sobre homicidios y abortos en 1982 (CIEC, 1984).

Relevaron las sentencias dictadas en primera instancia por los diez juzgados letrados penales existentes entonces en Montevideo, resultando que en ese año hubo 11 sentencias en delitos de aborto, que resolvieron 15 procesos iniciados entre 1974 y 1979, contra 5 hombres y 10 mujeres, habiendo 1 caso de muerte de la mujer. Recayeron 13 condenas que impusieron penas privativas de libertad a 4 hombres y 9 mujeres y hubo dos absoluciones: 1 hombre y 1 mujer menor de 21 años. Las penas impuestas a mujeres oscilaron entre 3 y 24 meses y hubo un solo caso de suspensión condicional de la pena.

En 2002, el Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz (CIIP/UPAZ) recogió datos del Instituto Técnico Forense sobre procesamientos por delitos de aborto en los años 1989-1997 y 2002-2001, que especifican los casos en que se procesó a la mujer que se practicó el aborto (ver el Cuadro 1).

Cuadro 1. Procesamientos por aborto

Año	Procesamientos abortantes	Mujeres procesadas
1989	8	6
1990	14	13
1991	18	9
1992	37	29
1993	12	7
1994	16	8
1995	8	3
1996	4	3
1997	7	4
2000	16	s. d.
2001	16	s. d.

Fuente: Sanseviero et. al. (2003: 174-181).

Los investigadores observaron: a) los procesamientos por aborto representan un porcentaje muy bajo en el total de delito; b) existe una enorme distancia entre la cifra de abortos reales –que calcularon en 33.000 anuales como mínimo– y los que llegan al sistema penal; c) la baja represión no se debe a falta de información de las autoridades policiales y judiciales; d) la notoriedad ocasional del tema no tiene relación con la cantidad de casos sino con la difusión pública de un suceso con características especiales o de información alarmante; y e) la opinión pública visualiza el aborto, más que como delito, como un grave problema de salud pública. Concluían entonces que

la práctica del aborto continúa condenándose en un plano discursivo –plasmado fundamentalmente en la legislación– pero se la tolera a nivel de las prácticas –lo que se traduce en la masiva ocurrencia misma del hecho, omisión de denuncias y escasos procesamientos. (Sanseviero et. al., 2003: 176).

Para nuestra investigación solicitamos información al Instituto Técnico Forense sobre procesamientos desde 1985, con indicación de Juzgado y expediente; sexo, edad y profesión del imputado; y sobre la decisión que recayó en cada caso, aclarando cuando hubo delito continuado, reiteración o reincidencia.

En una primera etapa nos informaron los procesamientos desde 1998 hasta 2008, especificando el delito imputado y edad, sexo y ocupación del procesado, sin identificar el expediente judicial ni indicar la decisión que recayó. Luego se nos informó sobre resultado de las causas del mismo período, en número que excede en algo la cantidad de procesamientos informada previamente.

De acuerdo a lo informado, durante esos once años hubo 126 procesamientos, que corresponden a un número menor de denuncias, ya que por cada caso suele haber más de un procesado.

Cuadro 2. Procesamientos por aborto

Año	Total
1998	13
1999	4
2000	14
2001	20
2002	16
2003	21
2004	7
2005	16
2006	1
2007	5
2008	9
1998-2008	126

Fuente: elaboración propia a partir de datos brindados por el Instituto Técnico Forense.

De esos 126 procesamientos, 121 son delitos de aborto consentidos por la mujer y sólo 5 son contra su voluntad. En 20 casos hubo lesión o muerte de la mujer. Fueron procesados 38 hombres y 88 mujeres, de quienes 19 eran profesionales universitarios. Hubo 6 delitos que quedaron en grado de tentativa. Se imputo autoría en 117 casos, coautoría en 5 casos y complicidad en 4 casos. Hubo 15 procesamientos de delito continuado, 10 con reiteración y 5 con asociación para delinquir.

En cuanto al resultado de las 137 causas de ese mismo período, hubo 81 condenas: 27 de penitenciaría, 53 de prisión y 1 de multa. Concluyeron sin sentencia 35 causas: 1 por anulación del procesamiento, 3 por revocatorias, 1 sobreseimiento, 7 clausuras por Ley N° 17.272; 17 por gracia de la Suprema Corte de Justicia y 6 por extinción de delito. No hay datos sobre las 21 causas restantes.

Estos números –pese a desajustes evidentes– permiten corroborar la conclusión del informe precedente (CIIP/UPAZ, 2002) respecto a la enorme brecha entre la cantidad de abortos provocados anualmente, aspecto sobre el cual las estimaciones son disímiles e inciertas pero siempre muy por encima de la cantidad de procesamientos y más aún de condenas, lo que arroja una “cifra negra” altamente significativa y una baja punición, aspectos que requieren explicación.

Se observa también que el 96% de los procesos son por abortos consentidos, en el 16% de los casos hay lesiones o muerte y casi el 24% son delitos continuados o en reiteración. Lo que indica que se procesa por aborto consentido aunque no haya muerte ni lesiones graves y que casi la cuarta parte de los procesados son personas que se dedican normalmente a esa práctica, incluso profesionales universitarios.

A su vez, el 59% de los procesos terminaron con condena, que –excepto en un caso– dispusieron penas privativas de libertad, dos tercios de ellas menores a dos años y un tercio por encima de 2 años. A ello debe agregarse que más de la cuarta parte de los procesos terminó sin sentencia, incluyendo un alto porcentaje de clausura por decisión de la Suprema Corte de Justicia, mediante “gracia”.

Con estas cifras se habla de una “despenalización” de hecho –penalización light, soft o de baja intensidad– tesis a la que nos referiremos luego.

Las entrevistas

Si bien el sistema penal está constituido por múltiples interacciones de participantes diversos –algunos institucionales como policía, fiscales, jueces y abogados defensores y otros institucionalizados, como denunciante, imputados y víctimas– nuestra investigación se limitó a los operadores institucionales.

Con el propósito de cotejar y completar la información estadística con la percepción de los operadores del sistema enviamos cuestionarios a jueces, fiscales y defensores a través de las asociaciones gremiales respectivas. La dificultad de obtener por esa vía nos condujo a entrevistar a seis jueces y dos fiscales de extensa trayectoria en materia penal, cinco mujeres y tres hombres, que nos dieron sus puntos de vista sobre la práctica punitiva¹¹. Sus respuestas nos aportaron información más cercana acerca de cómo funciona realmente el sistema represivo en estos casos¹².

(11) Debido al compromiso de confidencialidad asumido con los y las entrevistadas, a quienes agradezco particularmente su apertura a colaborar en este informe, las opiniones vertidas en las entrevistas se presentan aquí de forma anónima.

(12) Las preguntas formuladas apuntaron a aspectos específicos de la práctica judicial: ¿Cómo se inicia un caso judicial por aborto? ¿Cuántas denuncias derivan en procesamiento y cuántos procesamientos en condenas? ¿Quiénes son denunciados, eventualmente procesados y condenados? ¿La mujer que aborta? ¿Los colaboradores? ¿Qué pasa con los médicos? ¿Cuál es la actitud de la policía ante estos delitos? ¿Qué hace el Ministerio Público? ¿Y los defensores? ¿Cómo investigan los jueces y que hacen a la hora de dictar sentencia? ¿Penalización o despenalización del aborto?

El punto de partida de la actuación judicial es la denuncia, a la que sigue una breve indagatoria judicial –que, según la ley, debería recogerse en acta– luego de la cual el juez debe decidir si prima facie el caso encuadra en alguna eximente o supuesto de perdón judicial que le permite archivar sin más indagatoria o si existen razones para seguir investigando. Esta previsión legal específica no difiere sustancialmente del proceder habitual: con la denuncia, el juez inicia una indagatoria –presumario– al cabo de la cual, con vista fiscal, decide si corresponde archivar o iniciar un proceso penal identificando algún imputado de delito y resuelve entonces su “procesamiento”.

Si se inicia el proceso penal, la primera etapa es el “sumario” –donde se termina la investigación y se incorpora la prueba, de los cargos y de la defensa– y luego, el Ministerio Público (Fiscal) decide acusar o no. La acusación fiscal abre la etapa de “plenario”, que es el contradictorio entre el fiscal y el defensor del acusado, y que, normalmente, termina con la sentencia judicial, que puede ser de absolución o de condena, fijando la pena a aplicar al condenado. Están previstas otras formas de terminar un juicio penal, como el sobreseimiento pedido por el fiscal, y otros supuestos –gracia, indulto, prescripción– que hacen decaer sea la pretensión punitiva, sea la pena impuesta¹³.

La denuncia

Como vimos, lo que moviliza el sistema penal es la denuncia o noticia criminis que se origina por la comunicación policial que da cuenta al juez de hechos que podrían configurar un delito, que es la vía normal, o también, por denuncias de particulares presentadas directamente al juzgado.

Aquí se observa que el número de comunicaciones policiales por hechos relacionados con abortos es muy bajo en relación a la cantidad que ocurren regularmente según cualquier estimación. Los entrevistados coinciden en que las denuncias que llegan al juez son muy pocas, cada vez menos, y que la llamada “cifra negra” es muy alta. Un juez de primera instancia indica que en los últimos diez años ha tenido un promedio de una o dos denuncias anuales.

Aún sin saber cuántas denuncias recibe el Ministerio del Interior los jueces tienen la convicción de que la policía opera como un primer filtro que descarta un número importante de denuncias y ello puede ocurrir por razones diversas.

(13) El proceso penal está actualmente regulado por el Código del Proceso Penal que es el Decreto-ley N° 15.032 del 7 de agosto de 1980, cuya reforma ha motivado una prolongada discusión y aún no se ha implementado.

Son regularmente comunicados los casos de muerte de la mujer o de lesiones, sea por médicos, por las lesionadas, por sus familiares o allegados. Más raramente, se da noticia al juez de procedimientos policiales impulsados por denuncias o por dependencias del Ministerio del Interior contra personas que practican abortos, clínicas o consultorios clandestinos.

La gran mayoría de las denuncias provienen de médicos que detectan problemas causados por un aborto o intento de aborto, generalmente quirúrgico, que produjo lesiones o infecciones graves. Ello ocurre especialmente en el sistema público de salud y, en particular, en la atención de emergencia del Hospital Pereira Rossell, aunque también hay de centros asistenciales privados. En los últimos años se advierte una disminución significativa de las denuncias médicas, que los entrevistados relacionan con dos cambios relevantes: por un lado, una diferente política sanitaria impulsada por médicos del Hospital Pereira Rossell que crearon una comisión especial de lucha contra el aborto criminal y fijaron ciertas pautas para prevenir y evitar abortos riesgosos, y por otro lado, la aparición de fármacos con efecto abortivo –como el misoprostol– lo que permitió bajar el número de abortos quirúrgicos que causan lesiones y más muertes.

Excepcionalmente, las denuncias provienen de personas que, por alguna razón muy especial, denuncian a médicos, parteras, enfermeros o personas que se dedican regularmente a practicar abortos por dinero, o denuncian consultorios o clínicas clandestinas. En alguna oportunidad el marido denunció a su mujer para evitar que abortara, o la ex cónyuge de un médico que practicaba abortos en su consultorio de modo habitual, acudió denunciarlo al Ministerio del Interior.

El procesamiento

Sólo un porcentaje menor de esas denuncias da lugar a procesamientos. La mayoría de las denuncias se archivan, formalmente por configurarse una eximente, por falta de prueba o ausencia de requisitoria fiscal, que es el requerimiento del Ministerio Público para que se inicie el proceso penal.

En la instrucción que sigue a la denuncia, el juez cuenta con la prueba que aporta la policía, interroga indagados y testigos y, si quiere, puede disponer alguna prueba complementaria. Con esa base, muchas veces decide que se puede advertir prima facie que se configura alguna eximente y archiva. O bien entiende que la prueba es insuficiente para procesar y también archiva. A su vez, el Ministerio Público, que debe expedirse sobre las mismas bases –no suele asistir a la indagatoria ni proponer pruebas– decide si pide o no el

procesamiento de algún indagado y según esa decisión –que, con frecuencia, opta por no seguir adelante– el juez procesa o clausura.

Esto explica que los procesamientos sean pocos y en particular, que el sistema punitivo funcione rara vez contra la mujer que aborta y que la mayoría de las veces que lo hace sea contra quienes practicaron o colaboraron a la práctica del aborto.

¿Por qué ocurre esto? Es posible conjeturar que el desajuste entre abortos, denuncias y procesamientos –que habría que poder comprobar y cuantificar– obedece básicamente a las mismas razones, de variada índole. En lo fundamental, parece que tanto la conciencia social como la conciencia jurídica institucional acerca de la ilicitud de la conducta de la mujer que aborta, es débil y eso incide en la selectividad penal. Los entrevistados destacan que la policía que no suele perseguir mujeres que abortan y tampoco fiscales y jueces se muestran interesados en castigar esa conducta, sea porque son concientes de la tolerancia social, porque conciernen a cuestiones polémicas que los incomodan, o porque consideran que –en definitiva– son asuntos del ámbito privado. No obstante, han procesado personas que han obligado a abortar a mujeres, a personas que se dedican a practicar abortos y, alguna vez, a mujeres que abortaron.

Procesamiento de mujeres que abortan

Los jueces aclaran que cuando hay una denuncia de aborto están obligados a indagar y así lo hacen. En la indagatoria corresponde citar a declarar a todos los involucrados, incluyendo a la mujer que quiso abortar, aunque luego se trate de evitar su procesamiento y sólo se la procesa si es inevitable. Dos entrevistados admitieron haber procesado a una mujer que abortó voluntariamente –una denunciada por su marido y otra por su médico– y todos conocen alguna condena, que califican como excepcional y que siempre suscita controversias. Una reciente denuncia del médico que fue consultado por lesiones por una mujer y la denunció, motivó una dura polémica entre los médicos que lo censuraron por violar el secreto profesional y también hubo críticas para el juez que la procesó.

El perfil de la mujer cuyo caso llega a la justicia se repite. Son mujeres muy jóvenes, sin pareja, madres de muchos hijos, pobres, que no pueden pagarse un aborto seguro porque cuesta más de U\$S 500 y por eso lo hacen en condiciones inadecuadas, con mal resultado. Las condiciones son peores en el interior y en los barrios periféricos. Se habla de tallos de perejil, agujas, brebajes... y alguien relata que hace años en Cerro Largo, se iba a abortar a

Jaguarao (Brasil) y a una mujer la lesionaron con una aguja de tejer e ingresó al hospital uruguayo, donde murió pero judicialmente no se pudo hacer nada porque el hecho había ocurrido al otro lado de la frontera. Otro relata su experiencia en Tacuarembó donde tuvo un caso de una “abortera” local, reincidente, que atendía en su rancho, donde no había agua ni luz, atendía en un catre e higienizaba las pacientes con agua del aljibe.

Su condición socio-económica les permite muchas veces configurar la eximente de “aborto miserable” para evitar la sanción penal pero también les habría permitido abortar sin riesgos si algún médico hubiera aceptado practicarles el aborto.

Los jueces entrevistados señalan que muchas veces las mujeres son llamadas para declarare como testigos contra los “colaboradores”. Como ejemplo se cuenta que en una inspección que se hizo en un consultorio médico se hallaron cuadernos con un minucioso registro de los abortos hechos durante varios años y se citó a declarar a las pacientes que se pudo ubicar. En otra oportunidad, una jueza dispuso pericias sobre las pacientes de un imputado con intención de verificar si habían sufrido lesiones no detectadas, lo que fue muy mal interpretado por los médicos a quienes se encargó la tarea, pero la magistrada destaca que, de ese modo, dos mujeres presentaron problemas inadvertidos, que fueron atendidos¹⁴.

Procesamiento de colaboradores

Es posible advertir que la actitud de fiscales y jueces cambia respecto de quienes practican abortos a las mujeres que lo requieren, ya que, habiendo denuncia, son investigados y habiendo prueba son procesados “porque cuando caen es porque hacen barbaridades o hacen buenos negocios, o ambas cosas, infringiendo la ley y eso merita el castigo legal”. Esos “colaboradores” son médicos, parteras, enfermeros u otras personas que se atreven a practicar abortos sin tener formación, y también quienes los ayudan o traen a las mujeres que quieren practicarse un aborto, llamadas “troperas” o “acarreadoras”.

(14) En este caso, la jueza señala la falta de comprensión de los médicos dado que su objetivo no era comprobar si las mujeres habían abortado sino saber si habían quedado con lesiones y para eso dispuso las pericias pero los médicos entendieron mal y se negaron argumentando secreto profesional. Como en ese momento el parlamento discutía sobre el proyecto de ley de salud sexual y reproductiva había un estado de ánimo particular y la prensa difundió el hecho, provocando comentarios desafortunados de algunos legisladores.

Esto denota que en torno a las mentadas clínicas o consultorios clandestinos existe una trama de relaciones que funciona con cierta fluidez de modo que las mujeres que quieren abortar llegan a conectarse. Como es una actividad ilícita pero muy lucrativa, quienes la practican lo hacen regularmente en forma más o menos encubierta, procurando evitar ser identificados o localizados con facilidad. Las clínicas con consultorios o casas particulares, como, pese a su discreción, es fácil detectarlas por el movimiento que generan, cambian de domicilio cuando se hacen demasiado conocidas en el barrio. Sin embargo, como se ha dicho públicamente¹⁵ esos lugares donde habitualmente se practican abortos son conocidos o se pueden localizar con relativa facilidad, tanto por información de otras mujeres que han pasado por la misma experiencia como de gente que trabaja en la salud.

Los procedimientos policiales contra clínicas o consultorios médicos son raros –por razones de distinto orden– pero a veces los hay y se comunican a los jueces, de modo que terminan dando lugar a procesamientos, a veces de varias personas, algunas por delito continuado de aborto.

Cuando se habla de personas que practican abortos no siempre se trata de médicos. En realidad, los peores resultados vienen de cuando no intervienen médicos, hecho bastante frecuente. En un caso recientemente resuelto, en el consultorio de una médica y durante su ausencia, su hermana, que era partera, practicaba abortos con el apoyo de una vecina, que recibía las pacientes. De mañana les daba un dilatador para practicar de tarde la maniobra quirúrgica. El caso se planteó porque intentó provocar el aborto a una paciente que no había logrado dilatación, la situación se complicó y su colaboradora la ayudó a tranquilizarla durante el procedimiento. La partera le recetó algo usando el recetario de su hermana y le indicó que si tenía problemas volviera, sin ir a su médico, porque allí podían consultar a una médica ginecóloga. La paciente asustada –tuvo infección– fue a su médico, éste hizo la denuncia y el proceso derivó en el procesamiento y condena de la partera y su ayudante¹⁶.

Es normal que todos quienes participan en la práctica del aborto sean procesados y es frecuente que se trate de delito continuado, reiteración o reincidencia. Como muchas veces puede recaerles pena de penitenciaría, son procesados con prisión preventiva. Pese a lo cual, suelen reincidir y tienen varios procesamientos y condenas por el mismo delito, esto es, no dejan de practicar abortos por haber sido procesados ni penados, lo cual se

(15) Según recordada declaración periodística de un magistrado integrante de la Suprema Corte de Justicia a un periodista, que mencionan varios entrevistados.

(16) J.L.P. de 19º Turno sent. 104/2007 confirmada en segunda instancia por el TAP 1º sent. 262 de 4/9/08.

explica porque es su medio de vida, pero pone claramente en evidencia que la pena no tiene efecto disuasivo.

Como ejemplo, se relata que un médico procesado con prisión, en sus salidas transitorias autorizadas por el juez, tenía contratado un taxi y con una camilla plegable para hacer abortos a domicilio. En otro caso, una mujer que abortó en el baño de un bar fue conducida al Pereira Rossell e identificó a la partera, que estaba procesada y presa por un aborto anterior con resultado muerte y que, también en una salida transitoria, le había practicado este aborto, lo que motivó que fuera procesada por segunda vez, agregándose un aborto con lesiones.

Procesamiento de médicos

La situación de los médicos ante el aborto es muy peculiar y origina problemas específicos. Primero, porque normalmente los médicos desconocen la legislación y, salvo quienes se dedican a los abortos clandestinos, no tienen claro en qué casos pueden interrumpir el embarazo lícitamente sin riesgo de verse imputados penalmente, por lo que en general evitan involucrarse. Luego, porque aunque casi todos los médicos se niegan a practicar un aborto aunque sea lícito, otros lo toman como una actividad ilícita particularmente lucrativa, por lo que es frecuente encontrarse con médicos imputados penalmente. Los procesamientos de médicos son complicados por varias razones: hay requisitos procesales especiales, la prueba del delito es difícil, el procesamiento es infamante para el médico y se trata de eludir la justicia.

Jueces y fiscales lamentan que los médicos carezcan de la información necesaria sobre la ley penal porque hay veces –violaciones, razones de salud, angustia económica– en que podrían ayudar a una mujer a interrumpir su embarazo sin ningún riesgo porque el aborto no es punible, pero no lo hacen y dejan pasar el tiempo en que podría hacerse¹⁷.

Mientras algunos entrevistados piensan que habría que hacer un esfuerzo para instruirlos sobre el aspecto penal, otros opinan que posiblemente no les interese saber más, porque prefieran no involucrarse por razones de conciencia vinculadas a su educación religiosa o académica o simplemente,

(17) Una observación similar hace Sanseviero et al. (2003), destacando que la práctica médica de denunciar a la policía a las pacientes bajo sospecha de aborto se funda en una supuesta obligación de los médicos que carece de sustento normativo. Tal vez sea resultado de una confusión con su obligación de dar cuenta de los abortos al Ministerio de Salud Pública, lo que deben hacer sin identificar a la mujer.

por temor a resultar perjudicados: “Es muy uruguayo evitar situaciones complicadas mirando para otro lado”. La penalización representa un riesgo para los médicos, que sienten gran recelo y desconfianza ante el sistema penal, ley, policía, fiscales, jueces. Todos señalan que sería mejor que hubiera diálogo y confianza que permita cooperar sin temor.

Para procesar médicos la ley impone al juez una exigencia especial, debe pedir un informe al Ministerio de Salud Pública. Esa exigencia se justifica porque antes de practicar un aborto los médicos tienen que comunicarlo a ese ministerio para que dictamine si es lícito. Por lo que podría ocurrir que el médico imputado hubiera contado con la opinión del Ministerio, que no obliga al juez pero puede ser tenida en cuenta en un eventual proceso. En la práctica esa exigencia previa de información carece de sentido porque ningún médico comunica nada al Ministerio, éste no lleva ningún registro de comunicaciones y cuando recibe el pedido judicial no indaga y la respuesta administrativa no llega jamás. Por lo que los jueces optan por mandar el pedido con plazo perentorio avisando que al vencer procesarán, o bien citan al juzgado a un representante del Ministerio para pedirle la información fijándole plazo para volver con la respuesta. Aunque se sostiene que es un requisito de procedibilidad¹⁸, ningún tribunal revoca un procesamiento por falta de ese requisito y sólo un entrevistado relató que una vez dejó de procesar por faltarle ese informe.

Cuatro casos de procesos de médicos

Tal vez, cuatro relatos recogidos en las entrevistas nos acerquen mejor a la realidad de los procesos contra médicos.

Caso 1. La policía pidió autorización al juez para hacer escuchas telefónicas a un médico sospechado de practicar abortos y luego le informó que estaba anunciada la venida de una paciente del interior cierta noche, proponiéndole constituirse en la clínica. Cuando la paciente llegó la justicia intervino antes de que se consumara el delito. La paciente fue indagada y quedó libre, pero el médico, que tenía causas anteriores por el mismo delito, fue procesado. En el consultorio se incautaron cuadernos donde llevaba prolijamente el registro de sus intervenciones, consignando fecha, nombre

(18) Los requisitos de procedibilidad son exigencias impuestas por la ley como condiciones previas al inicio de un proceso válido, de modo que su ausencia u omisión podría acarrear la nulidad del procesamiento.

de la paciente, domicilio, la persona que la había enviado, etc. Eran varios cuadernos, con enorme cantidad de registros –más de diez abortos por día– y después en el domicilio del médico, la policía encontró escondidos en un hueco detrás de un mueble de gran tamaño, diez o quince cuadernos más... eran miles de abortos. Eso permitió llamar a varias pacientes a declarar como testigos. Junto con los cuadernos se encontró algo de dinero, pero suponiendo que esa actividad tan intensa debe haber reportado muchísimo dinero se intentó rastrearlo pero no se logró localizarlo, ni cuentas bancarias, ni inversiones.

Caso 2. Otra vez la policía trajo al juez el dato de un consultorio clandestino, que funcionaba en una casa normal, ocupada por la suegra del médico que practicaba abortos. La señora se sentaba en el living, con sus perros, y tejía mientras recibía a las pacientes. Había unas dependencias de servicio, una pieza –donde había una camilla– y un baño y el día que se hizo el procedimiento, con el juez, no había ninguna paciente y todo estaba impecable. La policía probó una técnica nueva, con un producto que le habían dado para descubrir manchas de sangre no visibles (Lumitol) y pudo detectar que había habido sangre en las paredes del cuarto y en los azulejos del baño, con lo que se obtuvo prueba que permitió procesar al profesional.

Caso 3. En otro caso, el juez procesó con prisión a un médico muy conocido, reincidente, junto con varios procesados más. El médico fue defendido por un penalista muy influyente, que, con apoyo de consultas jurídicas sobre aspectos procesales, impugnó el procesamiento que quedó confirmado por el tribunal de alzada. Sin embargo, consiguió que la policía lo trasladara a la Cárcel de Maldonado, donde una semana después obtuvo una salida transitoria y no volvió más. Todo el mundo sabía que vivía en Maldonado pero aunque el juez mantuvo la orden de detención, la policía nunca lo encontró y operó la prescripción del delito. Entonces el defensor presentó escrito pidiendo la clausura del proceso y, aunque el juez la negó, el tribunal la aceptó. El hecho fue “tan chocante que la Suprema Corte de Justicia terminó otorgando la gracia a los otros procesados”.

Caso 4. Otro entrevistado anota que cuando el grupo de médicos del Hospital Pereira Rossell intentó modificar el modo de tratar el tema, llevando adelante una iniciativa sanitaria que ha sido muy relevante porque ha hecho y hace mucho a favor de las mujeres más pobres, tuvieron que enfrentar problemas, entre otras cosas, porque un policía denunció el hecho de que un médico prestigioso, que integraba el grupo, desviaba pacientes a una clínica propia, donde les practicaba los abortos cobrando por ello. Eso fue usado para desprestigiar públicamente al grupo y cuestionar su política sanitaria, motivando que la autoridad administrativa tomara medidas restrictivas.

La policía

La policía conoce personas y lugares que practican abortos pero –como se ha dicho– no persigue este delito y filtra las denuncias que llegan a los jueces, lo que evidencia tolerancia ante la práctica habitual del aborto provocado¹⁹.

Sin embargo, ocasionalmente, hace algún procedimiento que comunica al juez y trabaja junto con él para indagar y recoger pruebas. Recientemente hubo una denuncia policial de reventa de fármacos abortivos –como misoprostol– en las inmediaciones de hospitales²⁰. Pero generalmente tales denuncias provienen del Ministerio del Interior, de Departamentos como Orden Público u Operaciones Especiales, más que de las comisarías seccionales o las Jefaturas Departamentales de Policía.

Esta actitud se explica por algún entrevistado como reflejo de la tolerancia generalizada, que no ve el aborto como un delito que deba ser perseguido, como asuntos en los que “nadie quiere meterse”. Otros, en cambio, sugieren que puede haber corrupción policial, que algunos policías reciben dinero por esa inactividad. Obviamente que esto no significa que sean todos, pero “es sabido que cuando hay corrupción, para evitar problemas, se reparte, hacia abajo y hacia arriba, no sé qué tan arriba”.

Un entrevistado relata un caso reciente de un aborto clandestino con muerte de la mujer que puso de manifiesto una red de corrupción policial²¹. Una argentina de condición muy humilde, decidió venir a abortar aquí y se lo contó a su vecina, a quien dejó una tarjeta “por cualquier cosa”. Como pasó tiempo y no volvió, esa vecina habló a los familiares y éstos vinieron a buscarla acá, haciendo la denuncia a la policía, que empezó a indagar la desaparición, comunicándolo al juez. La tarjeta era de una partera con antecedentes que negó haber recibido a la mujer, pero la policía obtuvo la grabación en video de su llegada a Tres Cruces, donde se veía otra mujer que había ido a esperarla. Esa mujer pudo ser identificada como una conocida “acarreadora” que al ser indagada finalmente recordó que

(19) La fuente consultada en el Ministerio del Interior ha negado que exista un instructivo específico para proceder de ese modo.

(20) Hoy es más frecuente el aborto provocado con fármacos como misoprostol, cuya receta es controlada severamente, y se habla de una “nueva era” que terminaría con los abortos quirúrgicos.

(21) Penal 10ª sentencia 293 de 7/11/06 ampliada por sentencia N° 1589 de 23/5/07, confirmadas por el T.A.P. 2º por sentencia 25 de 20/2/08.

la había llevado hasta el domicilio de la partera en cuestión pero que, como no estaba, la chica se había ido sola a buscar otra. De allí la indagatoria continuó con escuchas telefónicas y empezó a surgir una trama sorprendente que puso en descubierto la corrupción de varios policías y finalmente permitió hallar el cadáver de la mujer sepultado en el fondo de la casa de un hermano de la partera.

El aborto se había complicado y aunque la paciente pidió ayuda con insistencia, la partera y su ayudante se negaron, esperando que muriera para deshacerse del cadáver y terminar la mala experiencia. Pero además de esa atrocidad, las escuchas telefónicas evidenciaron corrupción policial que derivó en el procesamiento y condena de varios policías, algunos de jerarquía. La partera trabajaba con “protección policial” porque tenía contactos en jefatura –a los que pagaba mensualmente unos U\$S 3.000– que le habían asignado un policía que custodiaba las inmediaciones del local, humorísticamente un “223”, con el fin de vigilar y controlar el volumen de trabajo. Un jerarca policial involucrado dijo que había consultado al juez penal de turno diciéndole que una partera pedía permiso para trabajar y éste, sorprendido, le dijo que las parteras no necesitan su permiso.

Comenzada la escucha telefónica, la partera dejó su domicilio y se fue a Lagomar donde instaló su consultorio. Casi enseguida la seccional local le allanó y detuvo como 17 “pacientes” que condujo al juez penal de la zona, lo que motivó que ella llamara a la seccional ofreciendo U\$S 500 mensuales para no ser molestada. A la vez, hubo otra llamada de un policía de la seccional que le reclamó el pago de U\$S 4.000 acordados para esconder pruebas al juez. Esa exigencia hizo que la partera decidiera volver a su casa y de allí llamara al comisario de su seccional para “pedirle permiso para trabajar”. Este le recomendó trabajar sólo unos días por semana, en horario nocturno y con un policía vigilando (otra vez “223”). Cuando más adelante se produjo el allanamiento de esa “clínica clandestina” y se detuvo a todos los que estaban allí, hubo otra llamada curiosa: una comisaria inspectora llama para hablar con la partera y la atiende una “acarreadora” que había llevado una paciente y, no habiendo encontrado nadie y viendo un móvil policial en la esquina, no sabía qué hacer, a lo que la comisaria le indicó “sacala rápido por el fondo y que no te vean”.

El caso terminó con varios procesados y condenados, entre ellos, seis policías, algunos de grado alto. El juez destaca que la policía hace bien su trabajo, colaborando eficazmente con el juez pero cuando el asunto involucra a policías, la cuestión es delicada porque se ponen reacios o piden ser apartados del caso porque se sienten presionados, son vistos –y presionados– como “traidores”.

Fiscales y Defensores

Según los jueces, el Ministerio Público no impulsa ni suele participar en la indagatoria previa al procesamiento. Pese a que fiscales y asistentes están en el local donde se instruye y son avisados, recién intervienen cuando el juez reunió la prueba y debe decidirse si procesar o archivar. Después de haberse modificado el Código del Proceso Penal para que, conforme al Pacto de San José de Costa Rica, los Defensores de Oficio puedan asistir a la indagatoria, tampoco concurren y esperan que el Fiscal pida el procesamiento para ir recién a la audiencia ratificatoria, que es aquella previa a la decisión judicial de procesar.

Los jueces creen que quizás esto ocurre porque unos y otros son pocos por turno y no pueden estar en la instrucción de todos los delitos y sólo van a los que interesan. Una fiscal entrevistada aclaró que siempre asistía a la indagatoria de los casos graves y que para ella incluía los abortos. Todos coinciden en que no hay una política criminal concertada, ni entre los fiscales ni entre los jueces. Los fiscales plantearon en varias oportunidades reunirse para conversar sobre criterios de política criminal pero nunca lo hicieron.

De hecho, simplemente ocurre que si los fiscales no piden el procesamiento los jueces no procesan y los fiscales no suelen pedir el procesamiento de las mujeres que abortan y sí piden otros. Pero esa coincidencia de criterios no excluye la disparidad y a veces da lugar a sorpresas desagradables. Como los magistrados tienen distintos modos de pensar moralmente y gozan de “independencia técnica”, se hace difícil predecir qué decisión pueden tomar en un caso determinado.

Los Jueces

Se ha señalado que los jueces reciben denuncias por abortos y deben investigar los hechos denunciados para decidir si algún indagado debe o no ser procesado. Si bien las denuncias son pocas, los procesamientos son menos y en los abortos consentidos recaen más bien en quienes han colaborado con la mujer para provocar la interrupción del embarazo. Importa ahora señalar que los procesos terminan muchas veces sin condena o con penas mínimas que, en ciertos casos, quedan en suspenso y puede extinguirse el delito.

Los jueces entrevistados coinciden en que para las mujeres que abortan la pena es de prisión, de modo que el procesamiento es sin prisión preventiva y, en caso de haber condena –lo que ocurre excepcionalmente– van por el mínimo, con suspensión condicional de la pena, que al año extingue el delito. La actitud es distinta respecto de los demás imputados en que la condena depende de la gravedad del hecho pero se tiende a poner penas no muy severas, excepto cuando hubo complicaciones como lesiones o muerte, que ponen de manifiesto la impericia o negligencia del imputado, o se trata de delito continuado, reiteración o reincidencia, que muestran la persistencia en la conducta delictiva.

Justifican esta diferencia de trato en la diferente consideración social de la conducta de unas y otros, en especial, razones humanitarias a favor de las primeras y el rechazo moral que suscitan quienes se aprovechan de la prohibición penal para obtener ganancias ilícitas. Nadie considera que reprimir duramente a quienes asisten a las mujeres que quieren interrumpir su gravidez pueda tener un efecto negativo sobre la situación de aquellas que buscan ayuda. Sin embargo, reconocen que en ningún caso la pena tiene efecto disuasivo ni para la mujer embarazada ni para los que se dedican a la práctica de abortos, como lo prueba el alto índice de repetición de la conducta delictiva. Menos aún se plantean que la pena puede cumplir una función de rehabilitación.

Penalización o despenalización

Todos los entrevistados entienden que la interrupción voluntaria del embarazo es una práctica ampliamente difundida y que la criminalización no sirve para impedirlo.

Sólo un entrevistado, que admite haber procesado a una mujer por abortar y que lo justifica señalando que, pese a sus opiniones personales, los jueces no deben juzgar la ley sino aplicarla, se manifiesta partidario de mantener la ley vigente tal cual es. Estima que la penalización es correcta porque nadie tiene derecho a decidir si otro debe vivir o no y que la ley actual ofrece las salidas necesarias para los únicos casos en que puede justificarse la interrupción del embarazo. Admite que “la pena no es una solución pero tampoco debe suprimirse, lo que hay que hacer es educar para evitar el embarazo no querido”. El debate actual muestra que la gente mantiene una “doble moral”: “habla a favor de la vida y acepta que hay vida desde la concepción pero cuando enfrentan un embarazo no querido, tanto mujeres como hombres, lo resuelven abortando”. Esa dualidad entre el discurso y la conducta es moralmente reprochable. También lo es en un juez.

Los demás entrevistados se inclinan por despenalizar el aborto consentido. Coinciden en que la penalización es negativa porque aunque nadie sea partidario del aborto –e incluso algunos consideren que es moralmente malo– es innegable que no es función del sistema penal imponer una moral o disuadir a las mujeres de abortar. A veces hay situaciones personales que hacen que sea ineludible y la ley viene a agregarle consecuencias negativas. Para empezar influye negativamente en la conducta de los médicos que, como vimos, no quieren arriesgarse a ayudarlas ni siquiera cuando el aborto es legal y optan por dar dilatorias hasta que pasa el plazo para poder hacerlo. Y para continuar, la ley crea una gran inequidad porque los riesgos, tanto físicos como penales, son para las más vulnerables, que, por ignorancia o pobreza, no acceden a lugares seguros, sufren daños graves de salud y, por añadidura, caen en el sistema penal, de modo que la ley viene a castigar más a las más infelices.

Un juez señala que “la situación actual es perversa porque deja contentos a quienes están en contra del aborto porque sigue siendo delito y a los que están a favor porque se tolera” pero, bien miradas, las consecuencias son nefastas: la mujer corre graves riesgos mientras que otros obtienen grandes beneficios y estimulan la corrupción policial. Incluso mayor represión agrava la situación: más penurias para las mujeres y más ganancias para el negocio del aborto clandestino.

La mayoría resiste hablar de libertad para decidir si continuar o no la gestación, se limitan a señalar que eso debe ser una decisión privada y no estatal. Sólo una entrevistada afirma que la mujer tiene derecho a decidir si quiere o no tener el hijo y otra señala que quizás sería un derecho en conflicto con otros derechos. Ninguno entiende que el Estado debería prestar asistencia a quienes quieran interrumpir su embarazo.

Síntesis y reflexiones

Los datos reunidos sobre práctica jurídica y aborto nos permiten aproximarnos a lo que hacemos y pensamos sobre esa práctica y reflexionar al respecto.

La información recogida permite concluir que la policía no se interesa en reprimir la práctica del aborto provocado y que buena parte de las denuncias que recibe –mayoritariamente proveniente de médicos– no llegan a conocimiento de los jueces; de las que llegan la mayoría se archivan sin dar lugar a procesos penales porque jueces y fiscales son renuentes a investigar estos hechos e impulsar acciones penales por este delito; el sistema penal

procesa ocasionalmente mujeres que abortan, aunque la mayoría de los jueces no se sienten inclinados a hacerlo; la actitud de los fiscales y jueces es más dura con los colaboradores por presumir ánimo de lucro; se percibe cierta tensión en fiscales y jueces entre su modo de entender los deberes del cargo y sus valoraciones personales, que incluyen consideraciones morales y humanitarias; los procesos judiciales terminan sin condenas significativas y eso más bien por razones de política criminal que comparten el Ministerio Público y la Suprema Corte de Justicia.

Lo cual permite suscribir la observación de Danielle Ardaillon sobre el aborto en Brasil, que puede extenderse a otros países de la región: “es como si el castigo no interesase realmente a la sociedad. Es como si hubiera una enorme inversión social en su prohibición y poco interés en su penalización de hecho” (citado en Sanseviero et. al., 2003: 176).

En relación es este punto, que parece ser clave, plantearémos cuatro cuestiones que estimamos relevantes.

1. La tesis de la penalización “light” o permisividad tácita del sistema penal es equivocada

Un observador extranjero podría suponer que, en nuestro país, el aborto está, de hecho, desincriminado: existen disposiciones legales que lo penalizan pero no hay convicción moral en la sociedad que respalde la penalización y no existe ningún fervor en las autoridades encargadas de aplicar la ley: las mujeres abortan, nadie las censura, la policía no investiga, ni persigue, ni denuncia y la magistratura uruguaya –jueces y fiscales– es reacia a castigar el delito de aborto. Tampoco existen políticas públicas para cambiar el comportamiento de quienes, por las razones más diversas, deciden abortar y, desde hace años, la corporación médica mantiene un código de honor según el cual no denuncia los abortos de que tenga conocimiento. A la luz de todos estos datos, ese observador objetivo diría: “en el Uruguay hay una despenalización light o soft del aborto, una penalización de baja intensidad”²².

Esta observación puede momentáneamente aliviar la conciencia colectiva pero, analizada críticamente, no es más que un argumento engañoso que sirve para mantener la penalización: no hay necesidad de cambios, se puede eludir una decisión política difícil, porque en los hechos, es como si el delito

(22) Ver abajo el análisis de Óscar Sarlo al respecto de lo que llama la “despenalización light” del aborto en el Uruguay.

no existiera. Sin embargo, pensar así es doblemente equivocado: no es verdad que el delito de aborto no se castigue ni que sea moralmente aceptable esa despenalización aleatoria.

Los datos recogidos indican que, aunque la cifra de abortos que llega al sistema penal es baja y más aún la de procesamientos y condenas, en los últimos once años hubo promedialmente un procesamiento mensual y esa cantidad no es despreciable porque, sin duda, supera la de muchos otros delitos. Esa realidad no permite predecir que quien quiera abortar ni quien se preste a colaborar, aunque deban transitar por una situación límite en varios aspectos, por lo menos quedan a salvo del sistema penal. Antes bien, existe una probabilidad real, aunque baja, de que una y otros deban enfrentar un proceso y una eventual condena.

Por añadidura, la independencia con que, dentro del marco legal, deciden jueces y fiscales y la inexistencia de criterios consensuados, acentúa el carácter aleatorio, puesto que cada vez incidirán las convicciones morales de los magistrados de turno. En particular, se ha visto que existe cierta tolerancia –no unánime– respecto de la mujer que no alcanza a los colaboradores, a quienes se mira con mayor severidad.

Cabe agregar todavía que los observadores coinciden en la selectividad del sistema penal y anotan que se verifica una fuerte inequidad, ya que la probabilidad de que el sistema penal funcione es muchísimo mayor para quienes –por razones económicas, sociales, culturales– tienen menores posibilidades de acceder a un aborto seguro. De manera que al riesgo agravado de un aborto en condiciones precarias, se agrega el riesgo de ser víctima de un sistema penal discriminatorio.

De modo que la tranquilidad de una penalización leve es engañosa y, en algunos casos, puede ser cínica porque sabemos que quienes caen son los otros.

Pero además ¿qué ocurre con un sistema penal cuando el ciudadano sabe que hay ciertos delitos que nadie denuncia, nadie persigue, nadie reprime y por los cuales nadie quiere condenar? ¿Cómo se podrá ver afectada su actitud moral hacia el delito y hacia las normas jurídicas en general?

Un sistema jurídico debe generar orientación clara para los ciudadanos acerca de cuáles son las conductas prohibidas y debe lograr que todos lo sintamos así. El mensaje actual del sistema es confuso e institucionalmente nefasto. Observaba Langón que toda complacencia o debilidad en la aplicación de la ley penal viene a debilitar el aparato estatal y produce profundas injusticias dando cabida a la justa crítica de que, si las autoridades no reprimen un crimen establecido, se hacen cómplices de él. Nosotros diríamos que no hay cosa más inicua que las contra-reglas generadas por prácticas omisivas de la administración o de la justicia y que la tolerancia sin sinceramiento corroe el fundamento moral del sistema penal.

Entonces ¿cómo explicar nuestra actitud colectiva? Admitamos que conformarse con esta despenalización incompleta es una forma de hipocresía característica de muchas sociedades y, entre ellas, la nuestra. De acuerdo con esta explicación parecería que los uruguayos no estamos dispuestos a aceptar públicamente que modificamos la ley para permitir el aborto, pero estamos dispuestos a aceptar la despenalización en la práctica, porque nos permite ignorar el problema, dejar que cada uno se arregle como pueda, sin asumir nuestra responsabilidad de decidir cuestiones conflictivas. Es un rasgo lamentable de nuestra cultura institucional, hay muchos casos en que rehusamos asumir públicamente, institucionalmente, ciertas decisiones prefiriendo dejar que los problemas se resuelvan por otra vía o persistan para evitar costos políticos. En suma, enfrentamos la paradoja de que la despenalización light sirve más a los partidarios de la penalización que a los partidarios de la despenalización, porque –entre otras cosas– nos permite seguir siendo irresponsables de sus consecuencias²³.

El objetivo de un sistema penal no es imponer una moral comprensiva

Sin otra pretensión que la de promover la reflexión, nos parece que la investigación nos plantea algunas cuestiones relevantes que tienen relación con la función de un sistema penal y, en particular, su relación con la moral individual.

Nadie discute que las normas punitivas requieren justificación y que esa justificación es, en última instancia, de orden moral. Pero esto no significa que el sistema penal tenga como finalidad hacer que los individuos ajusten su conducta a una moral determinada, que alcanza a todos los aspectos de su vida. No es la función del sistema penal hacer que seamos buenos, ni es –como dice magistralmente Zaffaroni (2006: 5)– legitimar el poder punitivo, sino contenerlo y reducirlo, elemento indispensable para que el estado de derecho subsista y no sea reemplazado brutalmente por un estado totalitario. Tampoco podemos aceptar cualquier justificación moral, de una moral religiosa o meramente individual.

(23) Lamentablemente este parece ser un problema cultural uruguayo, independiente de cualquier orientación ideológica, como puede verse con otro ejemplo bien distinto: el procesamiento de los Peirano con prologada prisión preventiva y sin condena iba a costar una condena internacional al país y, eventualmente, reparaciones patrimoniales elevadas a los procesados, que pagaríamos todos. Sin embargo, no se resolvía excarcelarlos, hasta que una jueza se animó a asumir el costo de tomar una decisión impopular pero ineludible para no seguir violando tratados internacionales. Nadie quiso pagar el precio político de decir “esto no puede continuar porque es ilegítimo y representa un baldón para el país”.

Cuando analizamos lo escrito y lo dicho por los juristas sobre el aborto provocado tenemos que reconocer que la justificación de este delito despierta controversias y deja muchas dudas.

Los jueces y fiscales entrevistados, con una única excepción, dejan ver su falta de motivación para castigar estos delitos –al menos, respecto de la mujer que aborta– señalando, con poco entusiasmo, que, planteado un caso, no tienen más remedio que aplicar la ley, aunque lo hagan con cierta benevolencia; que les gustaría que los médicos actuaran con mayor decisión cuando pueden haber eximentes o situaciones de perdón judicial; que deberían haber más eximentes y una interpretación amplia de ellas; que, en definitiva, sería preferible la despenalización porque la ley actual es injusta con las mujeres más desprotegidas. Paradójicamente, tienen menos reparos en proceder contra quienes colaboran con la práctica del aborto, quizás porque media un beneficio económico, sin advertir que esa represión hace peor las condiciones a las mujeres que buscan esa salida.

La dogmática, por su parte, muestra una actitud ambivalente ya que, siguiendo su tradición, se esfuerza en justificar axiológicamente la decisión legislativa, buscando algún bien jurídico digno de tutela penal, que no se perfila con claridad.

La discusión sobre el bien jurídico tutelado por el delito –sobre el que existe descuerdo– y las confusas disquisiciones sobre el momento en que comienza a existir una persona humana –que van desde la teología a la ciencia– ponen de manifiesto la dificultad de construir una justificación racional a la penalización. La dogmática se niega a aceptar la justificación religiosa y menos aún está dispuesta a reconocer que la penalización se impuso por la incidencia del catolicismo en una cuestión política coyuntural, como muestra la historia de la sanción de la ley. Por eso las posturas están divididas.

Algunos son decididos partidarios de la represión por razones religiosas y quizás, vocación patriarcal. La vida sólo pertenece a Dios y por eso el aborto es pecado y debe ser castigado. Otros, argumentan contra la despenalización con cifras mundiales pero concluyen afirmando que “lo decisivo es que nadie tiene derecho, en ningún lugar y por ningún motivo, ni bajo ninguna circunstancia, a matar a ningún ser humano inocente. Lo contrario nos retrotrae a la barbarie de los pueblos paganos o de las ideologías del siglo XX: marxismo, nazismo y relativismo pseudodemocrático (Scala, 2007: 31-38).

Muchos dogmáticos señalan que la prohibición penal es ineficaz, que para la gran mayoría de la población carece hoy de sustento moral y que tiene consecuencias injustas para las más débiles. Pero aún así, siguen pensando que “la ley es la ley” y tiene que ser obedecida y aplicada, aunque reconozcan la necesidad de una “puesta al día” de la legislación penal que la acompañe al cambio de costumbres y de la moral colectiva que se resiste a reprobar la

conducta de la mujer que aborta y, en cierta medida, de quienes colaboran para que realice su propósito.

Y siempre hubo voces discrepantes con la penalización, que actualmente han tomado más fuerza y, como Malet (2009: 24), hablan de una mala ley, mal interpretada, mal aplicada, que produce los peores resultados.

Todo esto incide en la interpretación de las normas y muchos tiende a atemperar el rigor literal, propiciando una interpretación más amplia y flexible de las eximentes y condiciones para el perdón judicial, tomando como referencia legislaciones más modernas y autores extranjeros que inclinan a considerar más la voluntad de la mujer que el puro impulso represor o la opinión médica.

La debilidad de la justificación deviene más ostensible cuando se aborda desde la teoría del delito, como en su momento lo hizo el fiscal y profesor Miguel Langón, cuya crítica expusimos con detenimiento. Con gran lucidez señalaba que el legislador tiene que decidir qué conductas penaliza prescindiendo de cualquier moral religiosa y analizando únicamente si dañan a la sociedad.

La teoría reconoce que un sistema penal requiere adhesión y, por ende, justificación moral. Lo cual es bien distinto que imponer una moral comprensiva determinada²⁴. El Derecho no tiene como fin orientar moralmente a las personas sino darles razones para actuar de determinada manera en cuestiones que son socialmente relevantes porque afectan la convivencia con los demás. La ley penal no debe constituirse en el modo coactivo de imponer comportamientos que cierta moral, normalmente religiosa, querría imponer a toda la colectividad y tampoco puede ser medio para obtener determinados objetivos considerados colectivamente útiles, como podría ser aumentar de la natalidad o facilitar la adopción mediante la imposición de una maternidad forzada.

Por el contrario, el sistema penal debe limitar el poder punitivo usándolo sólo para impedir conductas que dañan la convivencia pacífica en un ámbito que asegure las libertades y los derechos de las personas. Lo contrario nos precipita en el fundamentalismo.

El castigo del aborto supone adoptar cierta moralidad que alcanza el fuero íntimo de las personas y una sociedad liberal debe, por el contrario, respetar el ámbito de libertad moral de cada uno, renunciando a imponerles una moral particular. Las democracias constitucionales actuales admiten ampliamente el pluralismo –cultural, religioso, ético– y promueven la tolerancia porque entienden que la moral pública no debe ocuparse de resolver cuestiones morales propias del fuero íntimo de las personas.

(24) La expresión corresponde a Rawls (1994) y alude a las morales que pretenden orientar todos los aspectos de la vida personal.

¿Es razonable construir una sociedad en donde mayorías coyunturales, por votación, impongan la forma en que deben resolverse problemas de conciencia? Aceptar o no una maternidad no buscada no debería salir nunca del fuero interno de la mujer, porque está claro que ninguna mujer aborta para agredir a la sociedad, ni para agredir a otros, ni lo decide livianamente sino por motivaciones íntimas y seguramente con una tremenda violencia para sí misma, a lo cual no necesitamos agregar la presión del sistema penal.

Menos aún una moral perimida

Es indiscutible que la normativa vigente expresa convicciones morales dominantes en el marco de la sociedad patriarcal de su tiempo, que vinculaban la sexualidad a la reproducción. En ese contexto, la mujer no era considerada como un sujeto con derechos sexuales y reproductivos, sino subordinado a intereses sexuales y reproductivos del hombre, de la familia, de la sociedad. Lo cual se asocia con una moral sexual que sólo aprueba la sexualidad dentro del matrimonio y con fines reproductivos, que distingue entre la mujer honesta y la que no lo es, que rechaza a la mujer que ejerce libremente su sexualidad y también a la que no quiere ser madre.

Sólo en ese marco de subordinación de la mujer y apropiación de su capacidad reproductora por la sociedad puede explicarse que el aborto sea penado como un delito que comete no sólo quien obliga a abortar a una mujer, sino también el que decide la mujer sustrayéndose a la función reproductora asignada. Únicamente así puede explicarse la exigencia de honor en el aborto, que ampara al padre, al marido, al hermano, ultrajados por la preñez de una mujer.

En suma, al penalizar el aborto se trataba de defender un orden patriarcal y una cierta moral sexual represiva para controlar las conductas, especialmente de las mujeres.

En la misma línea, Sanseviero et al. (2003: 223) destaca la persistencia de ese punto de vista, que califica de hegemónico, desde el cual “la sexualidad en las mujeres sólo es aceptable con fines reproductivos” y “el aborto revela precisamente una sexualidad ejercida sin que medie un proyecto de maternidad. En este sentido, constituye una transgresión”.

El cambio indudable en nuestro modo de vida y en el pensamiento moral y político desde 1938 hasta hoy, nos muestra el desajuste de la moral y la legislación represiva con las relaciones sociales y la concepción moral y política liberal, hoy dominante. Desde entonces las mujeres votan, tienen iguales derechos civiles, se reconocen normativamente sus derechos humanos y, en particular, sus derechos sexuales y reproductivos.

Ya no es admisible sostener que la mujer está para servir los fines de otros, sino que se le reconoce como sujeto moralmente autónomo, libre y apta para definir sus propios fines, con derechos que la comunidad debe respetar, proteger y hasta garantizar. Entre esos derechos están los derechos sexuales y también los reproductivos –que ya no se confunden– y tanto la sexualidad como la reproducción se han liberado de los dictados represivos de una moral religiosa solapada que tuvo en el Estado su brazo armado.

Nuestra moral sexual no es la moral vigente en 1930 y tampoco lo es el modelo de familia de entonces. Y en ese marco sustancialmente modificado, en las costumbres y en las normas, la penalización del aborto voluntario aparece como un resabio patriarcal y negador de su dignidad de ser humano con derecho a decidir su reproducción.

Sin embargo, la penalización perpetúa la violencia simbólica: ninguna mujer deja de abortar porque sea delito, ni cuando lo hace se siente delincuente, pero no ignora que se coloca en una situación de riesgo físico, psíquico y penal. Por lo que apropiarse de su decisión reproductiva, les genera conflictos que, en definitiva, refuerzan los mecanismos de subordinación de género (Sanseviero et al., 2003: 222).

2. Un enfoque desde los derechos

Como destacan trabajos publicados recientemente, la tendencia a universalizar los derechos humanos tiene amplia recepción en nuestra Constitución (art. 72) y la inclusión de derechos sexuales y reproductivos también ha permeado nuestra legislación puesto que la Ley N° 18.426 de 1/12/08 –que sufriera el veto presidencial parcial– los reconoce, regula y protege (Malet, 2009; Meza, 2009).

Nuestra Constitución reconoce un amplísimo y creciente repertorio de derechos humanos que, naturalmente, corresponden a hombres y mujeres. A los enumerados específicamente se agregan, por vía del mentado artículo, lo que van siendo reconocidos en el ámbito internacional como inherentes a la persona humana o derivados de la forma de gobierno de las democracias constitucionales. De modo que las mujeres –como personas– tienen derecho a la vida, a la salud, a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre sus nacimientos... y a acceder a los medios que le permitan ejercer este derecho²⁵.

(25) Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por Decreto-Ley N° 15.164 de 14/8/81, art. 16 lit.e.

La Constitución Nacional no impone la penalización del aborto provocado –como torpemente se sostiene– sino que aporta argumentos en sentido contrario, destacados desde hace tiempo. La Carta enuncia el principio de que “en ningún caso se permitirá que las cárceles sirvan para mortificar, y sí sólo para asegurar a los procesados y penados, persiguiendo su reeducación, la aptitud para el trabajo y la profilaxis del delito” y aunque este principio no se aplique estrictamente por nuestra forma deficitaria de entender estas cosas, es muy clara al señalar que la pena no debe servir para mortificar a nadie sino para reeducar y reinsertar en la sociedad. Lo que suena ridículo como programa criminal en torno al aborto, ¿qué reeducación necesita alguien que, presionada por circunstancias personales, decidió una acción tan dolorosa como ésta? Aquí no tiene sentido hablar de reeducación, no son personas socialmente desintegradas sino que conviven con nosotros en paz, comparten nuestros valores básicos y simplemente realizan esa conducta por motivos que la sociedad no debería siquiera preguntarle, aunque pudiera ofrecerle otras soluciones para que no tenga que llegar a esa decisión.

Por otra parte –como observaba Langón en el señero trabajo multicitado– despenalizando el aborto se cumpliría mejor con políticas públicas exigidas por la Constitución. Si el Estado tiene el deber de procurar el perfeccionamiento físico, moral y social de sus habitantes y debe tomar la familia como base de la sociedad, una legislación desincriminadora aproximar mejor al objetivo propuesto, porque tutela el derecho a la salud de la mujer, evitando clínicas clandestinas con su secuela de miserias, disminuye el número de muertes y lesiones graves provocadas por el aborto clandestino y permite evitar la maternidad si median razones terapéuticas, eugenésicas, económicas, sociales, sentimentales o familiares que la hacen indeseable. Tampoco cabe duda de que la familia mejora sus posibilidades de cumplir sus obligaciones con los hijos en un marco planificado y razonable, evitando una miseria repartida entre muchos, que transforma los derechos y deberes constitucionales en reglas de imposible concreción práctica o en una burla cruel contrastante con la dura y persistente realidad social (Langón, 1979: 40).

Volviendo a los derechos, cabe destacar que la nueva ley tiene otra concepción de la sexualidad y de la reproducción: habla de derechos fundamentales, separando derechos sexuales y derechos reproductivos. Con eso modifica el contexto en el cual deben interpretarse las normas que han quedado vigentes. Son derechos de rango constitucional y aunque su alcance sea todavía objeto de discusión, su reconocimiento no puede ser ignorado cuando se juzgan las decisiones que toman las mujeres en ejercicio de ellos.

Es preciso comprender que sólo la mujer puede tomar la decisión de ser madre o de interrumpir la gestación, decisión nunca exenta de riesgos a sopesar con razones vinculadas a su condición económica, social, familiar o a

las circunstancias en que sobrevino la concepción, todos aspectos íntimos que no pueden ser decididos por médicos o magistrados (Langón, 1979).

Queda bastante para discutir sobre el alcance de esos derechos reproductivos, tarea que la teoría jurídica nacional no ha abordado aún. Pero es claro que se trate de una libertad fundamental o de un derecho que supone ciertas prestaciones estatales, se trate de un derecho irrestricto o sometido a condiciones, es difícil seguir justificando la prohibición penal porque, por definición, si hay libertad o derecho no puede haber prohibición y menos aún castigo.

Bibliografía citada

- Bayardo Bengoa, F. (1963). *Derecho penal uruguayo*, tomo III, vol V. Montevideo: Ed. Centro de Estudiantes de Derecho.
- Camaño Rosa, A. (1967). *Tratado de los delitos*. Montevideo: Ed. Amalio Fernández.
- Camaño Rosa, A. (s. f.). “El delito de aborto”. En *La Justicia Uruguaya*, disponible en línea en: www.lajusticiauruguay.com.uy.
- Centro de Investigación y Estudios Criminológicos (CIEC) (1982). “Datos estadísticos del Centro de Investigación y Estudios Criminológicos – Homicidios y abortos en 1982”. En *La Justicia Uruguaya*, disponible en línea en: www.lajusticiauruguay.com.uy.
- Habermas, J. (1998). *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Madrid: Trotta.
- Langón Cuñarro, M. (1979). *Interrupción voluntaria de la gravidez*. Montevideo: Amalio Fernández.
- Malet, M. (2009). “La Ley de Salud Sexual y Reproductiva: un conflicto permanente”. En *Revista de derecho penal*, 18.
- Meza, F. de M. (2009). “Los derechos humanos en el veto presidencial al Proyecto de Ley de salud sexual y reproductiva”. En *Revista de derecho penal*, 18.
- Nino, C. S. (1984). *Introducción al análisis del derecho*. Buenos Aires: Astrea.
- Preza Restucia, D. H. (1999). *Estudios de la parte especial del derecho penal uruguayo*, tomo I. Montevideo: Ingranusi.
- Rawls, J. (1996). *El liberalismo político*. Barcelona: Crítica.
- Ross, A. (1963). *Sobre el derecho y la justicia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sanseviero, R., S. Rostagnol, M. Guchín y A. Miglioni (2003). *Condena, tolerancia y negación: El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.
- Scala, J. (2007). “Aborto: Desmitificando las cifras”. En *La justicia uruguaya*, 135.
- Zaffaroni, E. R., A. Alagia y A. Slokar (2006). *Manual de derecho penal*. Parte general. Buenos Aires: Ediar, 2ª edición.

Aportes para la discusión del problema del aborto en el Uruguay desde perspectivas jurídicas¹

Oscar Sarlo

Interpretación del caso uruguayo, desde la teoría jurídica

Algunas premisas teóricas

Los datos referidos a la práctica del aborto en Uruguay sirven para conocer algo acerca de qué hacemos los uruguayos y uruguayas con relación a estas prácticas. Ello involucra el comportamiento no sólo de las mujeres que abortan, sino también de su entorno familiar, de los médicos y paramédicos, de las autoridades policiales y sanitarias, de los jueces, y también de la gente en general, que muchas veces tiene conocimiento de tales prácticas. Esta

(1) Este capítulo reproduce, con ligeras adecuaciones, trabajos anteriores: la exposición realizada el 26 de agosto de 2007 en un panel sobre el proyecto de ley sobre la salud sexual y reproductiva, auspiciado por Cotidiano Mujer y el Semanario Brecha; la ponencia presentada el 4 de diciembre de 2009 en el Seminario “Estado de Derecho e Infancia a 20 años de vigencia de la Convención de los Derechos del Niño”, organizado por la Asociación Internacional MERCOSUR de Jueces de Infancia y Juventud en la Facultad de Derecho (UdelaR); y un artículo inédito.

información permite interpretaciones sociológicas, buscando el sentido de las mismas para los distintos actores.

Una de las interpretaciones relevantes en este drama es la que corresponde a su significación jurídica. El sistema jurídico es un sub-sistema social, generador de interpretaciones, de ciertas interpretaciones colectivas acerca de qué es lícito y qué no².

Para ello será necesario repasar un poco qué se entiende por “derecho”, por “sistema jurídico”, cuál es la función de un sistema jurídico, para poder luego hacer un diagnóstico acerca de cuál es la situación del aborto desde el punto de vista jurídico.

La función de un sistema jurídico –que es un sistema institucional, un sistema social– es generar cierto sentido normativo acerca de conductas relevantes desde el punto de vista social. Hay que señalar que el sistema jurídico no genera orientación moral para las personas sino que genera sentido, esto es, orientación para actuar, lo que algunos llaman razones. El sistema jurídico provee razones de peso para actuar en las conductas socialmente relevantes, las que tienen relevancia para la sociedad como tal. Después, desde luego, tiene que resolver, estabilizar ciertas interpretaciones del mundo en que vivimos, de manera de hacernos sentir que vivimos en un mundo relativamente seguro, es decir, generar confianza en que mañana cuando me levante las normas no se van a interpretar de una manera alocadamente distinta a la que conocí cuando actué anteriormente, o cuando yo conformé mis actitudes de comportamiento en la sociedad. Digamos que el sistema tiene que proveer de una cierta estabilidad interpretativa, porque la interpretación del derecho es un bien colectivo; las instituciones son parte del capital de una sociedad y descansan sobre interpretaciones.

Así que todo lo que se haga para incidir sobre las interpretaciones es a partir de saber que todos somos dueños, somos responsables, tenemos una parte, una acción sobre las interpretaciones del mundo social, todos somos titulares de esto y de la misma manera todos podemos –en la medida que actuemos organizadamente– llegar a cambiar esa interpretación, si eso fuera necesario.

El sistema jurídico, en parte –y sólo en parte– incide fuertemente sobre ello sancionando normas generales, leyes, códigos, directivas, directrices, etc. La otra parte que contribuye a generar el sentido que todos esperamos de un sistema jurídico descansa en las decisiones que adopten las autoridades encar-

(2) Ya Kelsen (1979) había sentado la tesis, luego seguida por la teoría jurídica contemporánea, de que las normas son esquemas interpretativos, esto es, son pautas que pueden –o no– guiar la interpretación de los hechos brutos.

gadas de su aplicación³. Finalmente, todos, productores y receptores del sentido, se ven influidos por las convicciones morales que alientan toda la convivencia social y que luego influyen decisivamente en la interpretación de esas normas.

Además de disposiciones normativas, interpretaciones y prácticas consistentes, es muy relevante que haya *políticas públicas*, manifestaciones de voluntad política basadas en amplios consensos, expresadas especialmente en la asignación de recursos públicamente votados, esto es, los presupuestos que asignan recursos para ciertos fines que el Estado considera válidos⁴.

En suma, pues, un sistema jurídico se compone básicamente de estos elementos:

- a) Disposiciones o directivas generales (principios, leyes, códigos, instructivos, ordenanzas, etc.) que condensan convenciones institucionales, que debieran servir como motivación y justificación –*prima facie*– para decisiones particulares en casos concretos que se planteen. Sin alguna suerte de normas generales sería difícil hablar de un sistema jurídico y –de hecho– no existen sistemas jurídicos actualmente que carezcan de ellas.
- b) Directrices o políticas públicas; esto es, decisiones colectivas o institucionales que marcan fines u orientaciones acerca de qué se pretende lograr con el componente (a) y en general con el funcionamiento todo del sistema.
- c) Autoridades socialmente reconocidas (competentes) y, por tanto, dotadas de poder para resolver casos que se planteen, con base en, o motivados por, o justificándose en interpretaciones normativas⁵ generadas a partir de los componentes (a) y/o (b).
- d) Ninguna teoría del derecho puede desconocer que, más allá de los elementos mencionados, los comportamientos sociales –aún aquéllos institucionalizados formalmente– se dejan guiar por convicciones morales no institucionalizadas formalmente, pero que, dentro de los

(3) Ross (1963) ha sentado la tesis amplia en este sentido: tribunales, policía, y toda autoridad con potestad para vigilar o reprimir la violación de normas.

(4) Esto ha sido incorporado a la teoría del derecho continental europea a partir de los planteamientos de Ronald Dworkin en 1969, y desde entonces, que sepamos, no ha sido discutido en su pertinencia (Dworkin, 1984).

(5) Adviértase que hablamos de “interpretaciones normativas” porque asumimos –junto con la mejor teoría contemporánea– que las normas no son textos contenidos en documentos dotados de autoridad, sino que son las interpretaciones que extraemos del juego de textos, convicciones y motivaciones varias. Recién podemos hablar de normas (interpretaciones normativas) cuando disponemos de decisiones que las invoquen como fundamento. Cualquier otra manera de entender el derecho nos recluye en una concepción semántica o idealista.

márgenes que todo sistema de decisiones permite, pesan de manera decisiva, según los casos.

Así que, dependiendo de la concepción teórica que se utilice, la interpretación de los fenómenos variará sustancialmente.

Las teorías también son esquemas de interpretación o inteligibilidad de acontecimientos, sólo que, a diferencia de las normas, buscan suministrar sentido objetivo o informativo del mundo, mientras que las normas buscan generar interpretaciones prácticas, movilizar o motivar comportamientos. Las teorías generan interpretaciones descriptivas, útiles para manejarnos con la realidad y no sobre la realidad.

Por consiguiente, la elección de un marco teórico no es ajena a lo que queramos ver.

Si –dejando de lado concepciones moralistas del derecho⁶– lo que nos interesa es saber qué vigencia efectiva tienen las normas, entonces una teoría positivista enriquecida es la alternativa más razonable. Por teoría positivista enriquecida entiendo aquella que suministra categorías de análisis que van más allá del plano semántico de las normas y ponen la mirada en las prácticas relevantes, de tribunales, autoridades y receptores de las normas (elemento (c) del esquema). ¿Por qué no sólo interesan los jueces y policías? Por la sencilla razón que en un sistema democrático esas instituciones se movilizan “a instancia” de parte, esto es, por alguna forma de denuncia o interés de hacerlos actuar. Ésta es la clave del asunto. Y ahí advertimos que el sistema, como portador de sentido social, está en manos –en buena medida– de la gente, de la moralidad colectiva, de la sociedad civil. Una sociedad que condena la denuncia de ciertas prácticas está asegurando de alguna manera su impunidad y en definitiva su legalización.

¿Está vigente el delito de aborto en Uruguay?

Tomando en consideración todos estos requisitos que para la teoría del derecho caracterizan un ordenamiento jurídico vigente, podríamos decir que cualquier extranjero que viniera a observar la situación jurídica del aborto en Uruguay para hacer un informe acerca del estatuto jurídico del aborto diría: “Bueno, en el Uruguay hay una disposición en el Código Penal que penaliza

(6) Por concepciones moralistas entiendo aquellas que creen que al derecho hay que interpretarlo desde los fines que el derecho persigue (o dice perseguir, o cree el intérprete que dice que quiere perseguir, etc.).

el aborto, pero los otros tres requisitos no se dan.” No hay una convicción moral en la sociedad que respalde la penalización del aborto. Tampoco existe en las autoridades ninguna política orientada a aplicarla; es más, todo parece indicar que la magistratura uruguaya es contraria a la aplicación del delito de aborto⁷. Lo mismo sucede con el cuerpo de fiscales –no tiene una doctrina orientada a perseguir estas prácticas. La policía tampoco la tiene; es más, en los últimos años se han implementado algunas políticas explícitas desde el Ministerio de Interior poniendo restricciones en la persecución de los lugares donde se practica el aborto⁸. Desde hace años, la corporación médica sustenta un código de honor según el cual no deben denunciarse los abortos de que tengan conocimiento.

Entonces, ¿cómo podría aplicarse?, ¿cómo podría sostenerse que una norma (entendida como sentido efectivamente motivante) existe cuando existe todo esto en su contra? Por añadidura, no ha habido –más allá de la manifestación pública en su momento de una autoridad muy relevante como puede ser el Presidente de la República, de su compromiso de vetar una ley de despenalización– políticas públicas destinadas a cambiar efectivamente los comportamientos de quienes se ven impulsadas por las razones más diversas a abortar. A la luz de todos estos datos, un observador objetivo diría que en el Uruguay hay una despenalización *light* o *soft* del aborto, digamos, una despenalización de baja intensidad⁹.

(7) No disponemos de encuestas en tal sentido, pero algunos hechos pueden sacar a la superficie esa convicción. En primer lugar, los criterios restrictivos utilizados en los procesamientos. En segundo término, el hecho que el primer magistrado del país, el entonces presidente de la Suprema Corte de Justicia, Guillot, hubiera declarado en los medios que él sabía –como todo el mundo– dónde estaban las clínicas abortivas, pero que no le correspondía decirlo ni perseguirlas. En tercer lugar, en un caso muy sonado de procesamiento de una madre que abortó, hace pocos años, trascendió que los magistrados corporativamente manifestaron su malestar con esa situación. Ver, también, las entrevistas realizadas a jueces en el capítulo de Castro en este libro.

(8) Ver el reportaje de Radio El Espectador del 5 de julio de 2007 sobre la actuación de la entonces Ministra del Interior, Daisy Tourné, frente al accionar policial utilizado para investigar un aborto en Rivera. También la nota publicada por el diario *Ultimas Noticias* el 6 de mayo de 2008 sobre los procedimientos utilizados por la policía para investigar un caso de aborto por el cual fueron citados a declarar ginecólogos del Hospital Pereira Rossell, lo que puso en el tapete el tema de la confidencialidad médico-paciente (para una discusión de este tema, ver el capítulo de Carolina Pallas en esta publicación).

(9) Kelsen (1979: 217) expresamente sienta la tesis de que para el caso de existir dos normas que disponen conductas incompatibles, se plantee la alternativa de “aplicar la pena, o llevar a cabo la ejecución civil o no, adecuándose a una u otra norma individual. Si el acto coactivo, que una de las normas establece como debido, es ejecutado, la otra norma permanece duraderamente ineficaz y pierde así su validez; si el acto coactivo no se ejecuta, se actúa conforme a la norma que absuelve al procesado, o que rechaza la demanda, y la otra norma, que establecía dicho acto coactivo como debido, permanece duraderamente ineficaz y pierde así su validez. Esta interpretación se produce conforme a la norma fundante básica.”

Pero ¿qué es esto de una despenalización incompleta, una despenalización que no asume plenamente su condición? Y bueno, lo primero que habría que decir, es que esto viene muy bien o es propio de países donde cultivamos la hipocresía de una manera muy ostensible como lo hacemos los uruguayos. No estamos dispuestos a aceptar públicamente la despenalización y a certificarla en una ley, pero estamos dispuestos a aceptarla en la práctica y si el problema se pudiera resolver sin decirlo públicamente sería fantástico. Y el tema funcionó muy bien porque había un consenso muy fuerte de corporaciones importantes –los juristas, los médicos– todos de acuerdo en que esto no es punible, nadie movería un dedo. Es más, todos recordarán aquel programa de televisión en el cual el Presidente de la Suprema Corte de Justicia del momento dijo que él sabía donde quedaban las clínicas donde se practican abortos, pero que no era tarea suya denunciarlo y que no iba a mover un dedo para hacerlo. Fíjense lo que esto podría significar si no se conociera la idiosincrasia del uruguayo, una gran esquizofrenia institucional: la cabeza del máximo órgano del sistema institucional encargado de aplicar el derecho declara que no es cuestión suya aplicar esas normas penales. Esto es una señal muy clara, quiere decir que si miramos esto desde el punto de vista teórico que decíamos al comienzo, en el sentido que un sistema jurídico debe generar orientación clara para los ciudadanos acerca de cuáles son las conductas prohibidas, realmente todos deberíamos sentir que o es muy confuso el mensaje del sistema, o se dirige directamente hacia la despenalización. Simplemente que incluye algunas reglas extrañas como “está permitido si logras que nadie te denuncie”, es decir, no es inmoral, pero hay que tener cuidado, del mismo modo que nos movemos bajo una dictadura.

Este es un problema que tenemos que tomarlo como un dato de nuestra cultura institucional y no es el único caso, hay muchos casos en los cuales estamos felices de no tener que asumir públicamente, institucionalmente, las decisiones y dejamos que se tomen de otra manera, de hecho, que se vaya resolviendo el problema solo. De esta manera, nadie tiene que pagar los “costos políticos” que tendrían ciertas decisiones impopulares, cuando no estamos –como país– dispuestos a asumir que “esto no puede ser”, como por ejemplo, decir que no se puede tener personas en la cárcel sin condena por más cuatro años, que es un baldón para el país, pero nadie quiere asumir esos costos¹⁰.

(10) Este es un buen ejemplo del mismo problema nacional, que sirve para mostrar que lamentablemente es un problema de cultura, que no tiene una orientación ideológica determinada: al país le quemaba las manos el problema del procesamiento de los hermanos Peirano, porque su poder de accionamiento internacional podía terminar en una condena segura para el país y eventualmente le puede implicar reparaciones patrimoniales que tendremos que pagar todos, y nadie se animaba a “ponerle el cascabel al gato”. Tuvo que venir una jueza que se animara a asumir ella todo el peso institucional de tomar una decisión que debía tomarse, para no seguir violando tratados internacionales.

Quiere decir que podemos trabajar sobre la hipótesis de que estamos más cerca de la despenalización que de la penalización. El problema de las despenalizaciones *light* o incompletas, o digamos de baja institucionalización, es que son muy vulnerables. En efecto, todo funciona como si viviéramos bajo un régimen de despenalización del aborto, pero en un momento dado aparece un médico que –apartándose del código de honor– decide denunciar, porque le debe más lealtad a sus convicciones morales, al grupo al cual pertenece o a la fe religiosa que profesa, que a su colectivo profesional, o a la conciencia social y el consenso público¹¹. Y claro, cuando se denuncia ya es difícil parar la maquinaria institucional, porque está programada para actuar cuando no tiene más remedio que actuar, la policía no puede romper la denuncia, el juez no puede hacer como que no vio el memorándum, y una mujer entre decenas de miles termina procesada: esto es el colmo de las injusticias.

No hay cosa más inicua que las reglas generadas por prácticas omisivas de la administración o de la justicia. Esto ha sido muy estudiado, no en este caso pero se ha estudiado mucho en materia tributaria: “¡ah! muy lindo, nadie paga tributo”, pero lo que pasa es que dejar librada una exoneración de hecho por la vía de no aplicación de los tributos significa que mañana la administración quiere seleccionar a uno para castigarlo, para perseguirlo por alguna razón y la ley entonces lo persigue, lo condena y nadie puede decir nada. La semejanza va sólo hasta ahí porque en materia tributaria los expertos están de acuerdo en decir que la administración tiene el deber de hacer cumplir los tributos, para evitar inequidades de hecho, o de lo contrario derogarlos. En cambio, en materia de aborto sucede algo muy distinto, porque si los partidarios de penalizar el aborto quisieran forzar al cumplimiento del Código Penal, cosa que podrían hacer muy fácilmente tapando de denuncias los juzgados penales, lograrían el resultado opuesto: el país entero reclamaría la despenalización o lo jueces por su cuenta renunciarían a aplicar la ley, porque de lo contrario esto sería un caos. Insisto en la paradoja: la situación de despenalización *light* le sirve más a los partidarios de la penalización que a los partidarios de la despenalización, porque nos permite a todos seguir siendo hipócritas.

Claro que otros miles de procesados en prisión y sin sentencia siguen esperando una decisión institucional formal que regularice esta situación.

(11) Tal fue el caso del médico Carlos Álvarez que comunicó a la policía que había atendido a una mujer que se había hecho un aborto, lo que determinó a la postre que el Juez Luis Charles procesara a la joven, así como a los demás intervinientes (ver el diario *El País*, 20/05/2007).

Posibilidades estratégicas de los impulsores de la despenalización

Otro punto al que habría que referirse –aunque apunta más a las perspectivas políticas– es el del marco institucional y las alternativas políticas que se abren. Al respecto, creo que son muchos los resortes que quedan.

Uno de ellos es el sistema judicial. Yo creo que tiene que empezar a pesar más. El sistema judicial tiene que empezar a darse cuenta que está para defender *los* derechos –es el último recurso para defender los derechos–, no *el* derecho. Y esto de los derechos tiene que ver con los derechos políticos, entre ellos defender nuestra individualidad, nuestra libertad, nuestro fuero íntimo. A veces, como es un poder que no depende del voto ciudadano, está en mejores condiciones de impulsar políticas públicas¹² y se anima a hacer cosas que el sistema político no se anima a hacer. Es muy discutido, es muy sorprendente que se puedan hacer cosas desde un simple proceso judicial, pero debe tomarse conciencia que es así como están funcionando las democracias más desarrolladas. Y esto, claro, nos pone ante la evidencia de que hay nuevos actores en los sistemas jurídicos contemporáneos que hay que tomarlos en cuenta.

El otro mecanismo posible de usar es la desobediencia civil. Ésta implica asumir públicamente que no estamos de acuerdo con ciertas leyes que para nosotros no tienen justificación moral y que, por lo tanto, no sólo estamos dispuestos a dar la cara, a decirlo, a firmar un manifiesto, sino que, además estamos dispuestos –todos aquellos que se vieran en la circunstancia– a correr el riesgo de ir presos, porque lo que se defiende vale la pena. El recurso de la desobediencia civil es una vieja herramienta del pensamiento liberal y se ha vuelto muy fuerte en los países de institucionalidad desarrollada y creo que debemos también usarlo a fondo. No hay ningún sistema judicial que resista el procesamiento de cientos de personas, en algún momento tiene que ceder y darse cuenta que los que se animan a publicar su opinión son los que están por la despenalización del aborto, los demás lo único que hacen es *lobby*, y condicionando su voto en las elecciones, entre bambalinas, “mirá que no te voto si no te comprometes públicamente a votar tal cosa”. Esto

(12) Nuestro país ha empezado a experimentar este camino con audaces decisiones judiciales en materia de menores, en materia de tratamientos médicos, en materia carcelaria, en materia ambientalista con el problema de la plombeemia, etc. Si bien son intervenciones a veces contradictorias, o difíciles de cumplir, lo cierto es que van poniendo en la agenda pública hechos vergonzantes que nadie quiere asumir como problema a resolver.

viene pasando desde hace mucho tiempo. De cara a la ciudadanía, los que dan la cara, los que juntan firmas y se reflejan en las encuestas de opinión¹³, son los que están por la despenalización del aborto. Un sector importante es indiferente y una minoría, muy minoritaria, estaría dispuesta a asumir públicamente la carga de impulsar la penalización.

En conclusión, a partir de estos elementos, creo que, si no contamos con una despenalización clara y formal, ésta tampoco es la última palabra; porque cabe tener presente que la ley por sí sola no es todo: una ley requiere de aplicadores, requiere de una moral pública para que sea eficaz y entonces hay que usar todos los mecanismos de las instituciones jurídicas para que el estado se parezca más a lo que queremos y nos merecemos.

La interrupción voluntaria del embarazo en la perspectiva de los derechos fundamentales¹⁴

Como ha señalado acertadamente Dworkin, la conexión entre el sistema jurídico y la moralidad se expresa a través de los principios que son reconocidos en la experiencia jurídica. La efectividad de esos derechos morales dependerá, además, de la adopción de políticas públicas y, en última instancia, de su aplicación por los jueces. En este apartado no pretendo abarcar todos los temas que podrían interesar a un filósofo del derecho, sino tan sólo algunas cuestiones vinculadas a la teoría del derecho: la concepción de los derechos sociales, su efectividad y el papel de los jueces en ello.

Para poder discutir con claridad acerca de los derechos fundamentales en torno al aborto, es preciso analizar previamente cuáles son las conductas y circunstancias implicadas en el problema. La forma cómo se plantea esto es crucial: ¿cuál es la conducta central a considerar? Al respecto hay dos candidatos:

- 1) El preservar un embarazo y parir.
- 2) La interrupción voluntaria del embarazo.

(13) Para datos de encuestas de opinión sobre la despenalización del aborto ver el capítulo de Johnson, López Gómez y Schenck en esta publicación.

(14) Para este apartado transcribo las premisas teóricas utilizadas en la exposición “Derechos fundamentales: efectividad y judiciabilidad” realizada el 4 de diciembre de 2009 en el Seminario “Estado de Derecho e Infancia a 20 años de vigencia de la Convención de los Derechos del Niño”, organizado por la Asociación Internacional MERCOSUR de Jueces de Infancia y Juventud en la Facultad de Derecho (UdelaR).

El embarazo es una función orgánica, reproductiva, cuyo decurso está sujeto a innumerables circunstancias: enfermedades, ataques, accidentes, decisiones, etc. Aquí sólo nos interesa –porque esa es la discusión central– la posibilidad de interrupción voluntaria. Al respecto, caben tres respuestas fundamentales del derecho:

- 1) Represión, considerándolo un delito.
- 2) Indiferencia, despenalizándolo.
- 3) Derecho fundamental, reconociéndolo como tal y dictando políticas públicas que consagren derechos para la mujer.

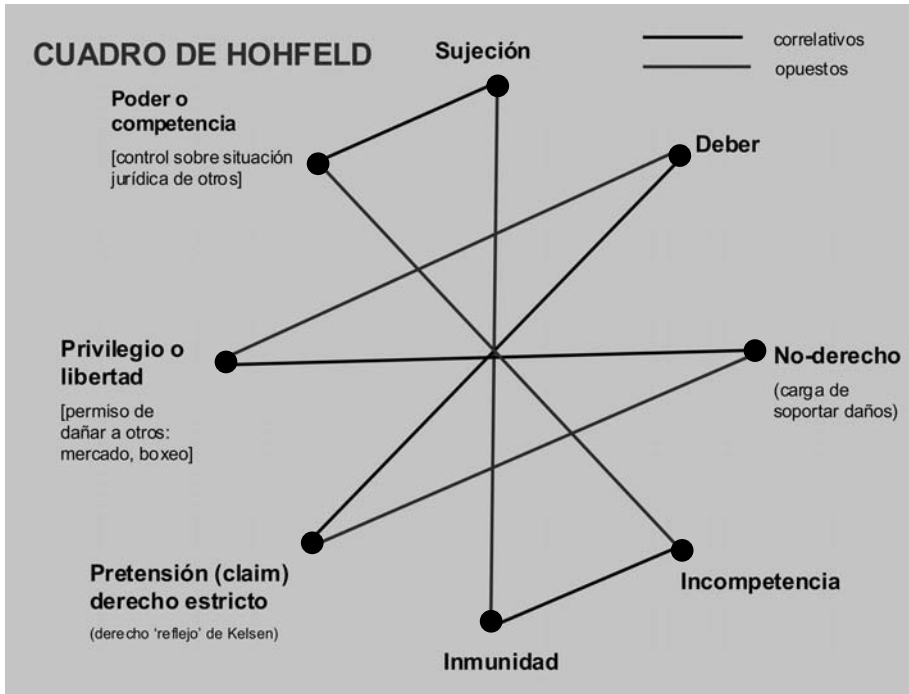
Algunas premisas teóricas

Un planteamiento analítico como el que buscamos requiere explicitar algunas categorías teóricas relevantes. En este caso nos limitaremos a dos aspectos: el concepto mismo de “tener derechos”, que presenta grandes ambigüedades, y un modelo ideal de cómo se desarrollan las situaciones jurídicas de un comportamiento, desde su represión hasta su concreción en derechos perfectos. Se trata de dos modelos ideales, en el sentido weberiano, que si bien no siempre se dan con esa claridad, permite explicar muy bien las situaciones concretas.

- a) Un modelo ideal de situaciones jurídicas.

Un elemento teórico que es preciso manejar para entender claramente qué significa tener derechos fundamentales es una matriz que nos permita analizar las situaciones subjetivas en que puede hallarse un sujeto. Para ello, podemos recurrir al modelo elaborado a comienzos del siglo XX por el teórico norteamericano Hohfeld (1968), que ha sido revalorizado recientemente por autores como Alexy (2002) y Cruz Parceró (2007), una interpretación gráfica del cual se presenta a continuación.

Gráfico 1. Modelo de Hohfeld.

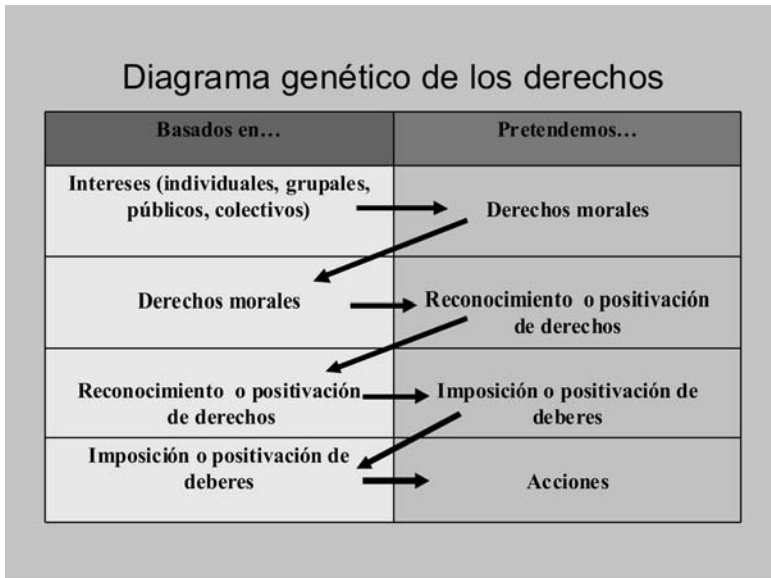


Fuente: Hohfeld (1968).

b) Un modelo ideal sobre la génesis de derechos perfectos.

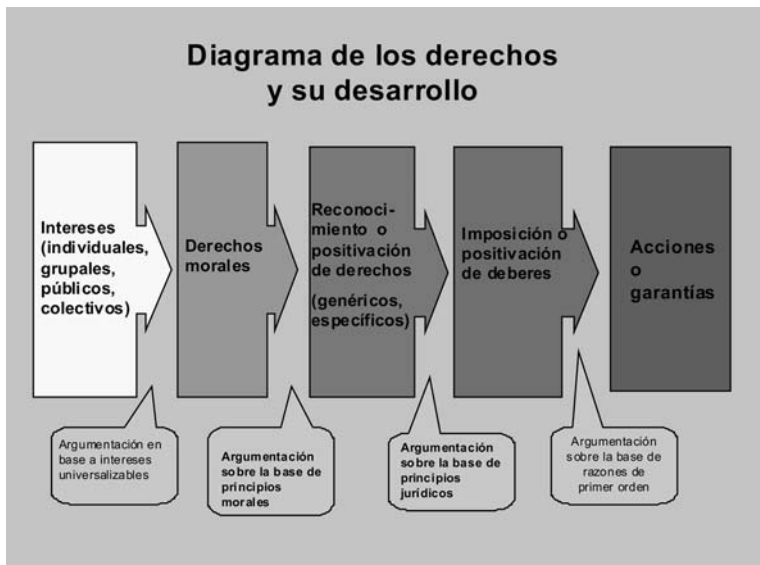
Si nos preguntamos por el proceso de efectivización de derechos, entonces el modelo ideal es otro, de todas maneras, complementario. Según la propuesta de Cruz Parceró (2007), el proceso de transformación de intereses personales o grupales en derechos efectivos puede describirse de acuerdo con un modelo ideal que comprende distintas etapas. En los cuadros 2 y 3 trato de interpretar lo esencial de la tesis de Cruz Parceró:

Gráfico 2. Diagrama genético de los derechos



Fuente: elaboración propia a partir de Cruz Parceró (2007).

Gráfico 3. Diagrama de los derechos y su desarrollo



Fuente: elaboración propia a partir de Cruz Parceró (2007).

La interrupción voluntaria del embarazo desde la perspectiva de los derechos fundamentales

La interrupción voluntaria del embarazo como delito

La tipificación de la interrupción voluntaria del embarazo como delito aparece fundamentada bajo dos grandes concepciones que, con términos más modernos, podemos caracterizar como individualista y comunitarista:

- 1) La individualista, que considera que el feto es una persona con derechos, y por consiguiente le adscribe todos los derechos de éstas, comenzando por el derecho a la vida.
- 2) La comunitarista, que considera que el feto no tiene derechos como tal, sino que lo que hay es un derecho de la comunidad a contar con ese nuevo miembro, y correspondientemente, el deber de la mujer de cuidarlo hasta concretar el nacimiento.

Aunque ambas coinciden en el resultado (penalización), discrepan radicalmente en la concepción última que sirva de fundamento a la penalización (lo que la dogmática penalista denomina “bien jurídico tutelado”), porque hablan de dos concepciones muy distintas acerca de la relación entre individuo y sociedad y, sobre todo, en torno a la noción de persona y sus derechos.

Es importante la distinción porque la primera concepción se traduce en posturas no negociables políticamente, mientras que la segunda está dispuesta a someter el problema a una construcción colectiva, susceptible de evolucionar o establecer excepciones, conforme las circunstancias históricas (utilitarismo).

Desde la perspectiva de los derechos humanos la discusión es más fuerte con las concepciones individualistas porque las concepciones comunitaristas tienden a negar que la persona humana como tal tenga derechos fuera o antes de la comunidad.

Quienes impulsan la despenalización del aborto apelan a una diversa caracterización del feto (no es persona, al menos hasta cierto desarrollo), o a la ponderación de derechos (existen derechos en conflicto y de lo que se trata es de optar), o directamente apuntan a la pluralidad de morales y por ende a la injustificación del poder punitivo en tales circunstancias.

La interrupción voluntaria del embarazo como conducta indiferente

Cabría pensar en una situación en la cual la interrupción voluntaria del embarazo es un comportamiento indiferente desde el punto de vista jurídico, tal como lo serían en la actualidad otras formas de disponer de nuestro cuerpo, como colocarnos un piercing, o realizarnos una cirugía estética, cambiarnos de sexo, u otras conductas por el estilo.

El gráfico 1 nos permite comprender que la despenalización del aborto no necesariamente implica que la mujer embarazada tenga que tener un derecho (en sentido estricto), sino que también podría caer bajo la hipótesis de “privilegio” o “libertad”. Lo característico de las situaciones de privilegio o libertad es que su titular está autorizado a actuar aún cuando de su actuación pudieran derivarse daños para otros, que tienen la carga de soportar los daños. Por consiguiente, la clave para ello es considerar que con tales comportamientos no se lesiona ningún derecho moral ajeno.

Esta postura es compatible con el más radical liberalismo, sobre cuya base puede sostenerse que cada cual puede disponer de su cuerpo y que ningún deber puede imponerse al individuo sin una suficiente justificación moral. Dado que no existiría una justificación moral para imponerle a una mujer el deber de procrear lo que no desea, no existiría, por tanto, el derecho del Estado de castigar penalmente la interrupción voluntaria del embarazo.

En esta situación recién podríamos decir que la interrupción voluntaria del embarazo sería un derecho individual fundamental de la mujer gestante¹⁵.

La interrupción voluntaria del embarazo como derecho social o prestacional

Una situación distinta se daría si, además de no penalizar la interrupción voluntaria del embarazo, la sociedad reconoce no sólo la libertad de abortar por la mujer, sino el derecho a un aborto seguro y en condiciones sanitarias adecuadas.

De acuerdo con los diagramas explicativos (gráficos 1, 2 y 3), vemos que la aspiración máxima sería lograr que se consagrara a favor de la mujer

(15) Hago la aclaración, para no entrar en el planteamiento de los problemas que genera el desdoblamiento entre mujer gestante y mujer que arrienda el vientre.

embarazada un derecho perfecto, lo cual implica, como contrapartida, establecer el deber de alguien (servicios mutuales, hospitales estatales) de operar el aborto en las mejores condiciones, tal cual sucede en muchos países.

Ese deber puede abarcar todas las maneras posibles de asistencia a la mujer en situación de proceder a la interrupción voluntaria del embarazo: asesoramiento, asistencia, intervención quirúrgica, licencias, etc. En este contexto cabe hablar de “legalización” del aborto, y no sólo de “despenalización”.

Ello puede coexistir o no con políticas públicas orientadas a desestimular la interrupción voluntaria del embarazo, o a promover los nacimientos.

Conclusiones

En nuestro derecho se daría la situación paradójica de que conviven trazos legales del modelo represivo (tipificación en el código penal y procesamientos efectivos) con prácticas y concepciones dominantes de prescindencia (tolerancia masiva) y con elementos de una concepción prestacional (apoyo y asistencia a las mujeres en situación de abortar, en sede hospitalaria pública y juramento médico de reserva).

Ante un “mensaje” tan ambiguo del sistema, sólo cabe interpretar que –como diría Kelsen (1979) desde un punto de vista teórico– ello significa que se delega en los magistrados o autoridades que deben aplicar el derecho en cada caso, que decidan qué criterio priorizar.

Por esa vía, es posible que al cabo de un tiempo se consolide una costumbre con relevancia normativa, esto es, obligatoria, pero ya sabemos que ésta es una fuente siempre inestable y débil. Sólo un mensaje claro de parte del sistema legislativo, respaldado por políticas públicas acordes, puede significar un derecho pleno de la mujer o al menos una prescindencia efectiva del Estado sobre una decisión esencialmente privada de la mujer, al menos bajo ciertas condiciones.

Observaciones desde la teoría de la argumentación

Ante la casi segura posibilidad de que el Parlamento terminara aprobando el proyecto de ley sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2008, sus detractores endurecieron sus posiciones. Dada la virulencia de alguna retórica utilizada –que generó una amplia po-

lémica pública– creo de interés académico y público aportar elementos de análisis que ofrece la teoría, cuya ventaja siempre consiste en decantar mucha sabiduría acumulada en el fragor de la crítica y de la experiencia histórica. Me centraré, pues, en tres aspectos de la argumentación en torno al aborto: el tópico en discusión, la argumentación sobre el mismo y los límites del disenso en una democracia.

Sobre el tópico argumental

Lo primero que debe señalarse es que en lo pertinente el proyecto no promueve el aborto (como sostienen sus detractores), ni siquiera lo despenaliza (como sostienen sus defensores). Una caracterización razonable diría que el proyecto reformula el delito de aborto, restringiendo las hipótesis punibles. En otros términos, el aborto seguirá siendo un delito, aunque las hipótesis de punibilidad estarán más restringidas que hasta ahora.

Tampoco se trata de legitimar esta práctica en el Uruguay. De lo que se trata, en cambio, es de que una práctica usual (abortos consensuales motivados), que nadie denuncia ni nadie persigue, y que por ende tampoco se castiga, quede institucionalizada como no punible. En otras palabras, se trata de ajustar el fundamento moral de la ley penal a la moral dominante hoy en nuestra sociedad. De ahí que el caso no pueda asimilarse, como aducen sus detractores, a otras prácticas usuales como robos, violaciones o rapiñas, que ciertamente acontecen por miles, pero que siguen siendo repudiadas por la gente, son denunciadas frecuentemente y se castigan también masivamente.

Por consiguiente, decir que la ley “promueve” el aborto o asimilarla a crímenes o asesinatos de niños es lisa y llanamente terrorismo verbal que en nada contribuye al intercambio de argumentos en un tema por cierto discutible.

Sobre la argumentación a favor del aborto

En cuanto a la argumentación, simplemente voy a señalar algo que ya señalé hace mucho tiempo, y que se muestra en la investigación reciente de Castro (s. f.). La argumentación pública, creo que lamentablemente, se ha basado demasiado en la perspectiva médica, es decir, ha girado demasiado en torno a los problemas de salud, cuando me parece aquí hay antes que nada un problema moral. Si lo que se discute es la penalización del aborto y no la conducta de abortar, entonces la argumentación no debería centrarse en

contabilizar las muertes que ocurren o las lesiones que quedan. Aunque esto sea cierto y doloroso, no puede ser la justificación última para un problema que es moral. Hay un problema que está antes que las consecuencias sanitarias del aborto y que es ¿tenemos derecho a castigar a la mujer que aborta por decisión libre y movida por sentimientos íntimos?

Me parece, además, que en este asunto es conveniente no mezclar mortalidad con moralidad y con mortificación. Como decía, hacer girar la decisión de este tema sobre la *mortalidad* que causa el aborto me parece que es la más pobre de las argumentaciones. Argumentar por las consecuencias puede ser un argumento utilitarista, pero no es un argumento de principios, como corresponde a una sociedad moderna, a una sociedad liberal –en el buen sentido de la palabra– que debería anteponer ante todo la libertad y el proyecto individual de vida de cada uno. Desde ese punto de vista las muertes o lesiones no son razones últimas¹⁶.

El problema del castigo del aborto tiene que ver con la *moralidad* y no la mortalidad. Ahí sí es donde se juega la maduración en nuestra sociedad, al asumir qué queremos ser como sociedad: ¿queremos ser una sociedad en donde a través de la votación las mayorías impongan la forma en que debemos resolver esos problemas de conciencia? Eso que no debería haber salido nunca del fuero íntimo, porque está claro que ninguna mujer se practica un aborto para agredir a la sociedad, nadie lo hace para agredir a los demás, ni por placer, sino que podrá tener muchas motivaciones íntimas, pero seguramente con una tremenda violencia para sí misma, lo cual ya es suficiente en sí mismo.

Así que una sociedad que se decida a establecer cuáles son los límites inviolables de la individualidad de las personas, en las cuales las mayorías no deberían pesar, nos lleva al tercer término: la *mortificación* que tiene que ver con cómo entendemos las penas. Porque parecería que la única razón que podría motivar a quienes impulsan las campañas que defienden la penalización es el haber cometido un grave pecado que por consiguiente deber ser castigado. El problema en nuestro Estado, en nuestra sociedad, es que en la Constitución (art. 26) está claro el principio de que “en ningún caso se permitirá que las cárceles sirvan para mortificar, y sí sólo para asegurar a los procesados y penados, persiguiendo su reeducación, la aptitud para el trabajo y la profilaxis del delito”. Seguramente este principio no tenga una aplicación demasiado

(16) Una de las razones por las cuales el argumento de la mortalidad es de corto alcance, es que podemos perfectamente imaginar que un día existan procedimientos seguros para abortar. Ante tal hipótesis el argumento cae completamente y podríamos seguir teniendo penalizado el aborto sin ningún problema, con toda la carga de culpabilidad que ello acarrea, sin tener la posibilidad de ayudar o apoyar a las mujeres que están en situación de abortar. En realidad, la aparición del misoprostol, y su administración más o menos generalizada, nos pone ante esta hipótesis.

generosa ni estricta por déficit en nuestra forma de entender estas cosas, pero la Constitución es muy clara al señalar que la pena, o sea la aplicación de las penas, la reclusión –no hay pena de muerte en nuestro país– no debe servir para mortificar a nadie, sino en todo caso para reeducar, para reinsertar en la sociedad. Pero hasta suena ridículo como programa criminal en torno al aborto: ¿qué reeducación puede haber para alguien que *in-extremis* decide tomar una acción tan dolorosa como ésta? No hay ninguna reeducación, no es un desclasado, no es una persona desintegrada socialmente, son personas que conviven con nosotros, que son perfectamente integradas, que conocen todos los valores y que simplemente realizan estas prácticas, adoptando una decisión sobre la cual la sociedad no debería preguntarle por qué, aunque bien podría acercarle soluciones para que no debiera llegar a esa decisión.

Desde el punto de vista de esta tercera vertiente es donde yo creo que falta también profundizar el tema. Porque debemos tener presente que un sistema penal requiere de una justificación moral, y no de moral individual. Precisamente, la gran confusión que veo en este tema es que quienes defienden la penalización del aborto confunden sus propias convicciones morales con la moral social –de mínimos, como se dice ahora. En efecto, no creo que vivamos en una sociedad cuyo sistema jurídico deba ocuparse de defender una moral determinada. Ninguna secta o religión puede aspirar legítimamente a imponer penalmente sus convicciones morales, porque ése sería el camino hacia el fundamentalismo. Vivimos en una sociedad que por lo menos pretende ser tolerante, pretende ser pluralista, en última instancia democrática; y esto implica que el derecho de ese Estado no pueda respaldar ningún código moral en particular. Los problemas de moral personal deben quedar circunscriptos al fuero íntimo de los ciudadanos. En la moral pública lo único que hay es el poder del estado para castigar y ése es el poder que hay que justificar moralmente. En este sentido es interesante la siguiente paradoja: si tuviéramos la posibilidad –que lamentablemente no tenemos, o por lo menos no es fácil– de devolver la carga de argumentar a los que quieren mantener la penalización del aborto, diciéndoles “junten ustedes las firmas para penalizar el aborto”, seguramente no juntarían ni siquiera para convocar a un plebiscito. Entonces qué distinto sería el panorama, y ahí qué real sería, porque no habría justificación moral, de moral pública, para justificar la implantación de este delito.

Sobre democracia y argumentación

La democracia es el modelo de ordenamiento jurídico propio de sociedades que, habiendo experimentado la barbarie para dirimir sus diferencias,

han aceptado la coexistencia de diversos códigos morales y han acordado buenos procedimientos para decidir aquello que sea imprescindible decidir. En especial, la democracia es la mejor garantía para controlar la fuerza que monopoliza el Estado, que es la más terrible de las violencias, porque es una violencia con pretensiones de legitimidad e impunidad. En las modernas democracias constitucionales, además, se tiende a garantizar los consensos más exigentes en materia de tolerancia y fomento de los intereses individuales en sociedades altamente complejas y dinámicas.

De manera que, tratándose de una cuestión moral a dirimir en un marco jurídico democrático, la única actitud que corresponde es canalizar institucionalmente, con la máxima amplitud, la argumentación moral y, cuando está implicado el uso de la violencia estatal (poder penal), adoptar decisiones institucionales, prefiriendo siempre las soluciones que convengan más a la conciencia moral dominante.

Por eso es importante señalar que no cualquier discurso puede considerarse argumentativo. Como explica la moderna teoría de la argumentación (Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989), la argumentación sólo apela a razones. Quedan excluidas, por tanto, las amenazas morales o físicas, las apelaciones a verdades sobrenaturales, los engaños, o la mera referencia a hechos cuando se trata de la razón práctica. En fin, queda fuera todo aquello que no hable a la razón, sino que apunte a otros resortes de nuestra voluntad (miedo, temor, obediencia, prejuicios, etc.) o a lo necesario (leyes naturales, sobrehumanas o lógicas). En particular, la argumentación moral tiene exigencias más estrictas, como la coherencia pragmática, la universalización, etc. No es creíble quien argumenta invocando principios o valores que ni él ha respetado, o respeta o está dispuesto a respetar, o cuando no está dispuesto a cumplirlos en todos los casos: parece lo mínimo que debemos exigir a quien engola la voz para hablarnos admonitoriamente sobre moral.

Sobre los límites del disenso en una democracia

En nuestro país, el valor de la democracia procedimental ha estado fuera de cuestión¹⁷. La mejor prueba de ello la pudimos experimentar durante la severa crisis del año 2002, cuando sólo un 5% de los ciudadanos apoyaba

(17) Prueba de ello es que en los casos en que se rompió la lealtad al sistema democrático, tanto desde el campo popular como desde el propio Estado, siempre se justificó en la previa ruptura por el contrario. Salvo algunas opiniones minoritarias desde la izquierda o desde la derecha, el régimen democrático no ha sido cuestionado como ideal de convivencia.

al Presidente de la República¹⁸ y sin embargo ningún partido o movimiento popular intentó derrocarlo o forzarlo a escapar en helicóptero de la sede gubernamental. ¿Cómo explicar semejante fenómeno sin apelar a la ética democrática que caracteriza nuestra cultura política?

De ahí que sienta el deber de llamar la atención sobre dos manifestaciones que parecen¹⁹ desconocer los fundamentos morales de nuestra convivencia democrática.

La primera fue la amenaza de excomunión proferida por la máxima jerarquía de la Iglesia Católica uruguaya contra quienes osaren votar a favor de la despenalización del aborto²⁰, en los momentos en que se siente que debe ejercer una fuerza más allá de los argumentos, sobre los gobernantes y ciudadanos. Por cierto que esto no puede considerarse un argumento, y menos un argumento moral, por las razones ya señaladas. Pero al menos, podría considerarse legal, porque no parece encartable en algún tipo delictivo.

La segunda amenaza la escuché personalmente del único orador en un acto público contra el proyecto de ley, cuando casi al finalizar arengó a los asistentes en los siguientes términos:

Yo quiero exhortar, porque esto que mañana tiene un nuevo capítulo en la Cámara de Diputados no termina, quiero exhortar a los educadores, exhortar a los padres de familia a que salgan a la calle, a que haya una verdadera rebelión en contra de esta ley que se pretende aprobar. Tenemos que estar en la calle defendiendo la enseñanza, defendiendo la vida, defendiendo lo que se enseña a nuestros hijos, no vamos a permitir que el Estado uruguayo se nos meta en nuestro hogar, se nos meta en nuestra cama, se nos meta en la educación de nuestros hijos, ¡no se lo vamos a permitir!²¹

En verdad, no creo que el orador estuviera pensando seriamente en que sus adherentes “se alzaren a mano armada contra los Poderes Públicos, o con el objeto de promover la guerra civil”²², pero no descartaría la intención de instigar a que “impidieren a los Poderes del Estado el libre ejercicio de sus

(18) Hecho confirmado claramente si tomamos en cuenta que en las elecciones siguientes, su partido político, del cual sólo representa una parte, obtuvo alrededor de un 10% del voto.

(19) Digo “parecen” porque creo que se trata sólo de excesos retóricos.

(20) Declaraciones de Monseñor Nicolás Cotugno al diario *El País* (02/11/2008). En realidad, la excomunión ha sido uno de los recursos preferidos de la Iglesia Católica como institución para defender sus intereses políticos; basta recordar, como ejemplo, cuando el Papa Pío XII amenazó con la excomunión a los italianos que votasen al Partido Comunista italiano en las elecciones de 1949.

(21) Discurso de Carlos Iafigliola (entonces edil nacionalista en la Junta Departamental de Montevideo por la Corriente Social Cristiana) en el acto de la asociación Por la Vida, explanada de la Universidad (03/11/2008), precisamente mientras tenía lugar en la Sala Maggiolo el lanzamiento del proyecto que dio lugar a esta publicación.

(22) Delito de Rebelión, art. 141 del Código Penal.

funciones”²³. Más allá del terrorismo verbal (exceso en la descripción de los tópicos en cuestión), ausencia de argumentos (amenaza de males), en este caso se trata de un exceso literalmente ilícito y por tanto punible. La experiencia enseña que se puede ser indulgente pero no está de más mostrar los límites del disenso tolerable en una democracia, pues cuando esos excesos provienen de personas públicas nunca hay que descartar la posibilidad que algún incauto tome sus declaraciones al pie de la letra²⁴.

Cierto es que cuando en el 2005 España aprobó la ley de matrimonios homosexuales la Conferencia Episcopal profirió amenazas de excomunión y también convocó a la “desobediencia” de los oficiales de registro civil. Desde luego que nadie obedeció la exhortación episcopal, porque los pueblos civilizados saben quién tiene competencia para dictar normas obligatorias. Sin embargo, debo señalar que –con todo el exceso verbal que ello implicaba– no podría tildarse de ilegal, porque entiendo que en una sociedad democrática la desobediencia civil tiene sólidos fundamentos aún dentro de la moral institucional; es sin duda una fuerza que, cuando ha concitado el apoyo ciudadano, ha logrado hacer avanzar la democracia, sin llegar a los costos de una revolución. Pero además, porque la desobediencia no cuestiona el monopolio controlado de la violencia estatal. Es más, implica la aceptación moral de las consecuencias penales que la desobediencia pudiera acarrear.

En cambio, la rebelión es otra cosa: es la confrontación, es la ruptura con el orden establecido. Y esto ni los más doctos cultores del derecho natural católico avalarían. La resistencia de la ley injusta, decía Santo Tomás, sólo se justifica si de ello no se siguieran mayores penurias para la comunidad²⁵. Y el más prestigioso intérprete contemporáneo del tomismo (Finnis, 2000) no recomendaría la rebelión política ante una (supuesta) ley injusta dictada en el marco de un sistema que básicamente promueve la justicia y el bien común. En otras palabras, en la teoría contemporánea ya no queda gente insensata.

Pero lo que me parece más importante destacar es la contradicción moral que implica que quienes defienden la “moralidad” de la actual tipificación del delito de aborto nada han hecho por su aplicación práctica. Es decir, su conciencia se ha sentido tranquila con la letra penal, pero no denuncian las clínicas, no señalan públicamente a las mujeres que lo practican, etc. Ante esto, cabe sospechar que lo que en realidad quieren es que las autoridades, que

(23) *Ibíd.*, art. 142 del Código Penal.

(24) Si las instituciones alemanas de los años '20 hubieran tomado más en serio los excesos de un “charlatán” llamado Hitler, quizás Europa y el mundo se hubieran ahorrado una gran tragedia.

(25) Textualmente dice que las leyes injustas “no obligan en el foro de la conciencia, a no ser para evitar algún escándalo o desorden, a favor de lo cual el hombre debe también saber ceder su propio derecho” (de Aquino, 1975).

tienen otras creencias, les alivien la conciencia manteniendo leyes que nadie cumple, para no hacerse cargo de lo que pasaría si la actual tipificación del delito de aborto se aplicase efectivamente.

Bibliografía citada

- Alexy, R. (2002). *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Castro, A. (s. f.). *Análisis sobre la racionalidad argumentativa del discurso parlamentario sobre el proyecto de ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por la mujer*. Informe final del Proyecto CSIC I+D, llamado 2004.
- Cruz Parceros, J. A. (2007). *El lenguaje de los derechos. Ensayo para una teoría estructural de los derechos*. Madrid: Trotta.
- De Aquino, T. (1975). *Tratado de la ley. Tratado de la justicia. Opúsculo sobre el gobierno de los príncipes. Suma Teológica, Prima secundae*. Traducción y estudio introductorio C. I. González. México: Porrúa.
- Dworkin, R. (1984). *Los derechos en serio*. Barcelona: Ariel.
- Finnis, J. M. (2000). *Ley natural y derechos naturales*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- Hohfeld, W. N. (1968). *Conceptos jurídicos fundamentales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Kelsen, H. (1979). *Teoría pura del derecho*. México: Porrúa.
- Perelman, C. y L. Olbrechts-Tyteca (1989). *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid: Gredos.
- Ross, A. (1963). *Sobre el derecho y la justicia*. Buenos Aires: Eudeba.

El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario

Niki Johnson

Introducción

En el período post-dictadura el debate sobre la despenalización del aborto se ha ido instalando en la agenda político-pública fundamentalmente por dos vías: a través de la presentación de iniciativas legislativas en el ámbito político-parlamentario y como demanda formulada por actores sociales, principal pero no exclusivamente por el movimiento feminista. En este capítulo se propone reconstruir el debate sobre la despenalización del aborto a lo largo de los 25 años posteriores al retorno a la democracia, centrandlo el análisis en su desarrollo en el nivel parlamentario. Primero se presenta una sistematización y análisis de los contenidos de las diversas iniciativas legislativas presentadas. A continuación se reconstruye el proceso de su tratamiento en el ámbito parlamentario, el desarrollo del debate y el destino de los proyectos. Se busca identificar los factores que facilitaron, demoraron o impidieron el avance progresivo de los proyectos por las distintas etapas de proceso legislativo. Surgen como relevantes factores procedimentales y contextuales, políticos y sociales, y la agencia de actores tanto internos como externos al Parlamento. Con respecto a los contenidos del debate parlamentario, se explora la incidencia de las variables partido político y sexo en las posiciones adoptadas frente a la despenalización. También se hace una breve

reseña de los estudios que analizan los argumentos esgrimidos por los actores políticos y sociales que intervinieron en la discusión legislativa. Finalmente, se señalan brevemente los ecos que tuvo el debate sobre la despenalización del aborto en la campaña electoral de 2009 y se reflexiona sobre las perspectivas al respecto para el siguiente período legislativo.

Las iniciativas legislativas

Como se observa en el Cuadro 1, desde el retorno a la democracia en 1985, se han presentado cinco proyectos de ley que proponen modificaciones a la Ley No. 9.763 de 1938. El primer proyecto, presentado poco después de la reinstalación del Poder Legislativo por diputados del Partido Colorado (PC), fue el más amplio de todos, despenalizando el aborto sin restricciones en caso de que se realizara con el consentimiento de la mujer, y penalizando solamente a la persona que practicara un aborto sin el consentimiento de la embarazada¹. A principios de la próxima legislatura (1990-1995), el diputado Díaz Maynard del Partido por el Gobierno del Pueblo (PGP), presentó un proyecto que no proponía despenalizar el aborto, sino eliminar los atenuantes previstos en los numerales 2° y 4° del artículo 328° cuando el aborto se realizara sin el consentimiento de la mujer².

El tercer proyecto, presentado a fines de 1993, se diferenciaba de los anteriores en dos aspectos. Por un lado, fue firmado por legisladores de los cuatro partidos con representación parlamentaria, y por otro, proponía la despenalización parcial del aborto en determinadas circunstancias, plazos y condiciones³. El proyecto fue sometido a la consideración de la Comisión Especial para el Estudio de Temas de la Bioética (Comisión de Bioética), que en agosto 1994 presentó a la Cámara de Representantes (CRR) una versión modificada con informe favorable también firmado por representantes de los cuatro partidos, que no obstante no entró en la agenda del plenario y fue archivado sin discutirse al finalizarse la legislatura seis meses después. En la próxima legislatura (1995-2000) el proyecto aprobado por la Comisión de Bioética fue recogido textualmente y presentado de nuevo en la Cámara baja⁴, firmado por 14 representantes del Frente Amplio (FA), pero nunca llegó a ser tratado por la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social (Comisión de Salud Pública CRR), y otra vez fue archivado.

(1) Ver texto del proyecto y exposición de motivos en el *Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes (D.SS. C.RR.)* 1821, tomo 618: 127.

(2) Ver texto del proyecto y exposición de motivos en *D.SS. C.RR.* 2237, tomo 663: 273.

(3) Ver texto del proyecto y exposición de motivos en *D.SS. C.RR.* 2400, tomo 686: 325.

(4) Ver texto del proyecto y exposición de motivos en *D.SS. C.RR.* 2764: 6.

Cuadro 1. Proyectos de ley que modifican la Ley No. 9.763, presentados 1985-2009

Fecha / Partido firmantes	Número y título del proyecto	Destino	Contenidos
12/06/1985 PC	CRR 385/1985 Modificación de normas en caso de aborto practicado con consentimiento de la mujer.	Sin discutirse.	Despenalización total del aborto salvo cuando es realizado sin consentimiento de la mujer.
20/11/1991 PGP	CRR 1658/1991 Rapto y aborto. Modificación de artículos del Código Penal.	Sin discutirse.	No despenaliza el aborto. Eliminación de atenuantes en casos de aborto sin consentimiento de la mujer.
15/12/1993 FA-PC-PGP-PN	CRR 3107/1993; CSS 984/2002 Aborto voluntario – normas.	Media sanción en CRR. Rechazado por CSS.	Despenalización parcial del aborto con consentimiento de la mujer, a realizarse en servicios de salud públicos y privados.
16/09/1998 FA	CRR 3044/1998 Aborto – legislación.	Sin discutirse.	Despenalización parcial del aborto con consentimiento de la mujer; servicios públicos de prevención e información.
06/06/2006 FA	CSS 526/2006; CRR 2182/2007 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.	Ley 18.426. Veto parcial PE.	Principios, políticas y servicios para garantizar el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; despenalización parcial del aborto con consentimiento de la mujer, a realizarse en servicios de salud públicos y privados.

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. C.RR.* y *C.SS.* varios.

En junio 2001, a pedido de la Comisión Especial de Género y Equidad de la CRR (Comisión de Género), los cuatro proyectos presentados hasta la fecha fueron desarchivados y enviados a la Comisión de Salud Pública CRR para su

estudio. En setiembre de 2002 ésta resolvió elaborar un nuevo proyecto, que contemplara aspectos contenidos en los anteriores proyectos de ley y los distintos planteos realizados por las instituciones y personas que concurrieron a la Comisión a dar su opinión sobre el tema. El nuevo proyecto fue presentado a la Cámara baja en noviembre de 2002, donde al mes recibió la media sanción, con algunas modificaciones menores; sin embargo, fue rechazado cuando llegó al Senado en 2004.

Finalmente, en junio 2006 un grupo de senadores del FA presentó el proyecto de ley de “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”⁵, que proponía la despenalización parcial del aborto en un marco muy comprensivo de principios y acciones para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Este proyecto fue sancionado por el Senado, primero en noviembre 2007, y de nuevo un año más tarde, luego de que la CRR lo aprobara con modificaciones, convirtiéndose en Ley No. 18.426. No obstante, a la semana de su sanción, el Poder Ejecutivo vetó, con las firmas del Presidente de la República y de la Ministra de Salud Pública, los Capítulos II, III y IV de la ley, es decir, los artículos 7° a 20°, que despenalizaban el aborto.

Los contenidos de los proyectos de ley

Una revisión detallada de los cuatro proyectos presentados que proponían la despenalización del aborto, y de las distintas versiones que posteriormente fueron aprobadas en Comisión o por el pleno de las Cámaras, revela diferencias significativas en sus contenidos que merecen algunos comentarios. Como ya se señaló más arriba, el primer proyecto presentado fue el más liberal, en tanto no establecía ningún tipo de restricción (ni plazos temporales, ni circunstancias, ni deberes) para la realización de abortos con el consentimiento de la mujer, pero tampoco lo constituía como un “derecho” de la mujer a decidir la interrupción de su embarazo; simplemente proponía la eliminación del Código Penal de los artículos que establecen penas para la mujer que cause o consienta su propio aborto. Tampoco decía nada sobre la obligación o no de los servicios de salud públicos o privados de brindar tal intervención a sus usuarias.

El proyecto CRR 3107/1993, presentado originalmente en 1993⁶, sufrió una serie de modificaciones antes de recibir la media sanción de la Cámara

(5) Ver texto del proyecto y exposición de motivos en el *Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores (D.SS. C.SS.)* 93, tomo 431: 9.

(6) Ver texto del proyecto original en *D.SS. C.RR.* 2400, tomo 686: 325-326.

baja en 2002: primero fue modificado por la Comisión de Bioética⁷; luego de ser desarchivado en 2001, sirvió de base para el proyecto elaborado por la Comisión de Salud Pública CRR⁸, que finalmente fue aprobado por la CRR con modificaciones⁹. El Cuadro 2 presenta una sistematización comparativa de los contenidos de las diferentes versiones del proyecto CRR 3107/1993, mostrando las variaciones respecto a los plazos y condiciones para la realización de abortos, y las disposiciones que establecen las obligaciones y derechos de los médicos y los deberes del Estado y de los servicios de salud¹⁰.

Un primer punto en común de todos estos proyectos es que proponen una despenalización parcial del aborto, que debe siempre contar con el consentimiento de la mujer, y realizarse en determinados plazos y condiciones. El plazo básico, también común a los cuatro proyectos, comprende las primeras 12 semanas del embarazo. En el proyecto aprobado por la Comisión de Bioética, se extiende este plazo básico a 20 semanas en casos en que, a juicio del médico tratante, “la edad o condición fisiológica de la mujer hubiera dificultado el conocimiento de su gravidez en los tiempos usuales”. Este proyecto también coincide con el original al establecer que del 12^a a la 24^a semana el aborto se podrá realizar si hay un grave riesgo a la salud de la mujer o se verifican “malformaciones o anomalías” en el feto. Asimismo, ambos proyectos establecen un tercer plazo, luego de la 24^a semana¹¹, en el cual sólo se podrá llevar a cabo un aborto para salvar la vida de la mujer. En cambio, la versión elaborada por la Comisión de Salud Pública CRR, y luego aprobada por la Cámara baja en 2002, establece que, fuera del plazo básico de 12 semanas, el aborto se puede realizar sólo si existe un grave riesgo para salud de la mujer o se verifican “malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina”¹². Esta formulación más restringida buscaba impedir la realización de abortos eugenésicos.

(7) Ver texto del proyecto sustitutivo aprobado por la Comisión en CRR Repartido 637 (junio 2001): 21-23.

(8) Ver texto del proyecto elaborado por la Comisión en CRR Anexo I al Repartido 637 (noviembre 2002): 16-20.

(9) Ver texto del proyecto aprobado por la CRR en *D.SS. C.RR.* 3087: 119.

(10) Sólo en el cuadro que corresponde al proyecto original se detallan todas las disposiciones incluidas en el proyecto; en los cuadros correspondientes a las subsiguientes versiones del proyecto solamente se señalan las disposiciones modificadas, eliminadas o agregadas; es decir, las disposiciones que no se mencionan se mantienen incambiadas en los sucesivos proyectos.

(11) En realidad, en el proyecto aprobado por la Comisión de Bioética el tercer plazo rige a partir de la 20^a semana (art. 5°); no obstante, se supone que éste fue un error de redacción, ya que no concuerda con el segundo plazo (de 12 a 24 semanas) establecido en el artículo anterior.

(12) El hecho que no se incluyera explícitamente el caso de aborto para salvar la vida de la mujer se cuestionó en distintas ocasiones durante el tratamiento del proyecto, pero se mantuvo la redacción en el entendido que era comprendido en los casos de “grave riesgo a la salud”.

En tres de los proyectos, la despenalización del aborto en el plazo básico se expresa afirmando que “*toda mujer tiene el derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo*” (énfasis agregado); para ejercer este derecho, debe alegar ante el médico los motivos que “a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso”. En cambio, el proyecto sustitutivo aprobado por la Comisión de Bioética en 1994 modifica esta redacción, estableciendo simplemente que en ese plazo “*podrá realizarse la interrupción del embarazo*” (énfasis agregado), sin que estipule la necesidad de que la mujer alegue ningún motivo. De esta manera, la mujer desaparece como el sujeto titular del derecho a decidir sobre su propia fecundidad¹³, aunque se mantiene el requisito de su consentimiento. El proyecto elaborado por la Comisión de Salud Pública CRR y sancionado por la Cámara agrega un artículo limitando el derecho a las ciudadanas uruguayas y a extranjeras que “acrediten fehacientemente” por lo menos un año de residencia habitual en el país, una restricción que busca impedir el fenómeno del llamado “turismo abortivo”. Los cuatro proyectos establecen procedimientos idénticos para consentimientos especiales en casos de menores o de incapacidad declarada judicialmente, que básicamente protegen el derecho de la embarazada a decidir, es decir, impidiendo que se le obligue tanto a abortar como a proseguir con el embarazo contra su voluntad.

Asimismo, los cuatro proyectos mantienen la penalización del aborto realizado “fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos” en la ley, con aumento de penas en casos de abortos realizados sin el consentimiento de la mujer, o que resulten en lesiones graves o la muerte de la misma. El proyecto original, no obstante, incluye un artículo que establece que la mujer que cause o consienta su propio aborto será exenta de pena. En la siguiente versión esta disposición se restringe a los abortos realizados antes de la 20ª semana, mientras que en el proyecto de la Comisión de Salud Pública CRR se elimina del todo. Las únicas modificaciones realizadas por la CRR refieren a este punto: en esta versión se explicita que la pena se aplica tanto a “la mujer que causare o consintiere la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez” como a “quienes colaboren con ella, realizando actos de participación principal o secundaria”. Pero también se incluye un nuevo artículo que establece como causas atenuantes o eximentes casos de violación, causas graves de salud¹⁴ y razones de angustia económica.

(13) De hecho, en este proyecto la palabra “derecho” no aparece ninguna vez.

(14) Cabe señalar que parece contradictorio incluir esta causa eximente, siendo que el mismo proyecto despenaliza el aborto por grave riesgo para la salud de la mujer aun fuera de las primeras 12 semanas.

Cuadro 2. Comparativo de los contenidos de las versiones del PL CRR 3107/1993

Proyecto original (Aborto voluntario. Normas) 1993		
(Des)penalización	Médicos y servicios de salud	Rol del Estado
<p><i>Despenalización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • primeras 12 semanas la mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo, alegando “circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción; situaciones de penuria económica, sociales, familiares o éticas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso” • 12-24 semanas por grave riesgo salud mujer; malformaciones o anomalías feto • post 24 semanas sólo para salvar vida de la mujer • en estos dos últimos casos, se someterá la decisión a la consideración de la mujer siempre que sea posible. <p><i>Penalización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • en toda otra circunstancia, plazo o condiciones • aumento de penas en caso de aborto sin consentimiento de la mujer o que resulte en lesiones o muerte • queda exenta de pena la mujer que cause o consienta su propio aborto. <p>Establece procedimientos para consentimientos especiales en casos de menores o de incapacidad declarada judicialmente.</p>	<p><i>El médico debe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • recoger el consentimiento escrito de la mujer • informarle sobre la intervención • informarle sobre el futuro uso de métodos anticonceptivos. <p>Médicos tienen derecho a objeción de conciencia previamente registrada.</p> <p>Interrupción del embarazo se define como un acto médico.</p> <p>La intervención será realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • por médicos ginecológicos • en todos los servicios de salud habilitados por MSP • en condiciones técnico-profesionales y administrativas que garanticen que se realice en términos y plazos establecidos por la ley. 	<p><i>El Estado debe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • dar cumplimiento a compromisos internacionales esp. CE-DAW • garantizar marco para el ejercicio del derecho a la planificación familiar.

**Proyecto sustitutivo aprobado por Comisión de Bioética
(Aborto voluntario. Normas) 1994**

(Des)penalización	Médicos y servicios de salud	Rol del Estado
<p><i>Despenalización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • NO EXPLICITA “derecho” de la mujer a decidir (dice “podrá realizarse la interrupción del embarazo”) • ELIMINA necesidad de que la mujer alegue motivos • EXTIENDE a 20 semanas en casos en que se dificulta la identificación temprana del embarazo (a juicio del médico tratante) • MODIFICA: Post 20 (ver nota al pie 11) semanas sólo para salvar vida de la mujer. <p><i>Penalización:</i></p> <p>MODIFICA: queda exenta de pena la mujer <i>sólo si el aborto se realiza antes de las 20 semanas.</i></p>	<p>AGREGA a los deberes del médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informarle sobre posibilidades de adopción y programas de apoyo a la maternidad • brindar instancias de reflexión y apoyo pre y post intervención. <p>ELIMINA el requisito que los médicos <i>registren previamente</i> su objeción de conciencia.</p> <p>ELIMINA toda mención de las responsabilidades de los servicios de salud.</p>	<p>ELIMINA deberes del Estado.</p> <p>AGREGA deberes del MSP: Incluir en su presupuesto un programa de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educación sexual • planificación familiar y uso de anticonceptivos • asistencia económica y médica a la maternidad.

**Proyecto elaborado por Comisión de Salud Pública CRR
(Defensa de la salud reproductiva) 2002**

(Des)penalización	Médicos y servicios de salud	Rol del Estado
<p><i>Despenalización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • VUELVE A: mujer derecho a decidir y alegar motivos • AGREGA: tiene que ser ciudadana uruguaya o residente habitual 	<p>MODIFICA los deberes del médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ELIMINA: instancias de reflexión • ELIMINA: informarle sobre métodos anticonceptivos • AGREGA: Dar cuenta de la intervención al sistema estadístico del MSP. 	<p>AGREGA deberes del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velar por el derecho a la procreación consciente y responsable. • Reconocer el valor social de la maternidad y paternidad responsable y la tutela de la vida humana. • Promover políticas que promuevan la salud reproductiva, los derechos sexuales y la disminución de la morbimortalidad materna, y que

<ul style="list-style-type: none"> • MODIFICA: Fuera de 12 semanas sólo por grave riesgo para salud de la mujer o por malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina. 	<p>VUELVE A: Objeción de conciencia previamente registrada.</p> <p>AGREGA: Interrupción del embarazo se define como un acto médico sin valor comercial.</p> <p>VUELVE A Y AGREGA: Todo servicio de salud, público y privado habilitado por MSP obligado a llevar a cabo el procedimiento por médicos ginecólogos, garantizando condiciones técnico-profesionales y administrativas para que se realice en términos y plazos establecidos por la ley.</p>	<p>alienten la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo.</p> <p>MODIFICA programa presupuestado del MSP:</p> <p>ELIMINA: apoyo económico y médico a la maternidad.</p> <p>AGREGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacitación a todo personal de la salud • medidas para disminuir morbimortalidad derivada de abortos en situación de riesgo • promoción del derecho de la mujer a controlar su fecundidad. <p>AGREGA: MSP debe coordinar acciones con otros organismos del Estado.</p>
---	---	---

Proyecto modificado aprobado por la CRR 2002

(Des)penalización	Médicos y servicios de salud	Rol del Estado
<p><i>Despenalización:</i></p> <p>Igual al proyecto aprobado por Comisión SPAS salvo respecto a penalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACLARA que penas por delito de aborto se aplican tanto a la mujer como a quienes colaboren “realizando actos de participación principal o secundaria” • AGREGA causas atenuantes o eximentes de pena –violación, causas graves de salud, angustia económica. 	<p>Igual al proyecto aprobado por Comisión de Salud Pública CRR</p>	<p>Igual al proyecto aprobado por Comisión de Salud Pública CRR</p>

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. C.RR.* y *C.SS.* varios.

En cuanto a las disposiciones que refieren a la actuación de los médicos, los proyectos son bastante similares. Todos requieren que el médico recoja el consentimiento escrito de la mujer, le informe sobre la intervención y deje constancia en la historia médica. El proyecto original también requiere que el médico informe a la mujer sobre el futuro uso de métodos anticonceptivos, lo que se mantiene en el proyecto de la Comisión de Bioética, que agrega dos condiciones más: que el médico le informe a la mujer sobre las posibilidades de adopción y los programas de apoyo a la maternidad, y que “brinde o coordine, en caso de ser posible, instancias de reflexión y apoyo a la mujer pre y post intervención”. El proyecto de 2002 mantiene estas adiciones, con una leve modificación (el médico debe brindar apoyo, pero no “instancias de reflexión”), y además requiere que el médico informe al sistema estadístico del MSP sobre la intervención, “sin revelación de nombres”. Mientras que la mayoría de estas condiciones apuntan a que la mujer tenga toda la información necesaria para tomar una decisión informada, responsable y consciente, la última responde a la importancia de tener datos fiables sobre la incidencia del aborto, para poder diseñar políticas de salud sexual y reproductiva acordes a la realidad.

En las cuatro versiones la interrupción del embarazo se define como “un acto médico”, al cual se agrega a partir del proyecto de 2002 “sin valor comercial”. Además, en el proyecto original y en los de 2002, las implicaciones de esta definición están claramente detalladas: todos los servicios de salud, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), tienen la responsabilidad de garantizar “las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la ley”, explicitándose, además, en los dos últimos proyectos, su “obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias”. También se especifica que el procedimiento debe ser realizado por médicos ginecológicos, aunque aquellos que tengan objeciones de conciencia tienen el derecho a hacerlo saber previamente a sus instituciones (a 30 días de promulgada la ley, o en el momento de ingreso al servicio), lo que los habilita a negarse a realizar la intervención, salvo en casos graves y urgentes cuando ésta es “indispensable”. Lo que se busca con estas estipulaciones es asegurar la implementación efectiva de la ley, haciendo accesible el procedimiento en condiciones de seguridad a toda mujer, sin discriminaciones, y poniendo fin al negocio de las clínicas abortivas. En cambio, el texto aprobado por la Comisión de Bioética elimina toda mención de los servicios de salud, y tampoco requiere el registro previo de la objeción de conciencia de parte de los médicos, lo que plantea importantes dudas respecto a cómo la ley se implementaría en la práctica.

Finalmente, en lo que refiere a los deberes del Estado en general y del MSP en particular, se advierte una diferencia importante entre los primeros

dos proyectos y los dos últimos. Aunque en la Exposición de Motivos del proyecto original se reconoce que “el tema de la interrupción voluntaria de la gravidez se enmarca en una temática más amplia que incluye [...] la salud reproductiva, las políticas poblacionales, la educación sexual [...] y el derecho al ejercicio de una sexualidad sana”, el proyecto en sí no propone medidas concretas en esta área, más allá de afirmar que el Estado “arbitrará los mecanismos necesarios para dar cumplimiento a [...] los compromisos internacionales suscritos [y] tendientes a garantizar un marco adecuado para que el ejercicio del derecho a la planificación familiar se encuentre al alcance de toda la población”. Por su parte, el proyecto aprobado por la Comisión de Bioética elimina toda referencia general a los deberes del Estado, pero a su vez requiere que el MSP explicita en su presupuesto un programa de educación sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar, y de asistencia económica y médica a la maternidad.

En el proyecto elaborado por la Comisión de Salud Pública CRR, y luego en el aprobado por la Cámara, estos aspectos adquieren una mayor relevancia, reflejada en el cambio del título del proyecto a “Defensa de la salud reproductiva”. El primer capítulo, titulado “De los deberes del Estado”, refiere a la generación de condiciones que buscan reducir el número de embarazos no deseados, y por lo tanto, el número de abortos. Así, el artículo 1 indica:

El Estado velará por el derecho a la procreación consciente y responsable, reconociendo el valor social de la maternidad, la paternidad responsable y la tutela de la vida humana. A esos efectos se promoverán políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbilidad materna. Dichas políticas buscarán alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor involucramiento en la planificación de la familia.

Estos criterios generales luego se plasman en el artículo 2º en una serie de políticas a ser desarrolladas por el MSP, en materia de educación sexual, planificación familiar, capacitación del personal de la salud en salud sexual y reproductiva, medidas para disminuir la morbilidad derivada de abortos inseguros, y la promoción del derecho de la mujer a controlar su fecundidad. Finalmente, el artículo 3º establece que el MSP coordinará sus acciones con otros organismos estatales para cumplir con estos objetivos.

Como advierte su título, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, el proyecto presentado en 2006¹⁵ desarrolla aun más este aspecto (ver Cuadro 3), recogiendo casi incambiables los artículos relativos

(15) Ver texto del proyecto en *D.SS. C.SS.* 178, tomo 446: 22.

a la (des)penalización del aborto y a la actuación de los médicos y los deberes de los servicios de salud que integraban el proyecto elaborado en 2002 por la Comisión de Salud Pública CRR¹⁶.

Cuadro 3. Contenidos del PL CSS 526/2006 – Proyecto original

Rol del Estado

(art. 1º) DEBERES DEL ESTADO: “El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios rectores y éticos que se establecen en los artículos siguientes.”

(art. 2º) PRINCIPIOS RECTORES: Define los derechos sexuales y reproductivos como “derechos humanos universales, intransferibles e inalienables” y indica como condiciones necesarias para su protección:

- equidad de género y justicia social
- igualdad de trato y oportunidades
- prestación de servicios universales, con calidad, eficiencia, confidencialidad, privacidad, solidaridad y sin discriminación

(art. 3º) PRINCIPIOS ÉTICOS: Establece que “en materia de sexualidad humana se priorizará la comunicación interpersonal placentera por sobre su función biológica vinculada a la procreación”, para lo cual se requiere:

- respetar la diversidad
- reconocer el derecho de las personas a procurar su satisfacción sexual respetando los derechos de terceros
- combatir discriminaciones culturales que impidan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres
- combatir la violencia sexual y otras presiones en el ejercicio de la sexualidad
- reconocer y promover el derecho y la obligación de hombres y mujeres a controlar responsablemente su sexualidad por los medios más adecuados y compatibles con sus convicciones

(arts. 4º y 5º) Definen los OBJETIVOS GENERALES (6) y ESPECÍFICOS (9) de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Cubren aspectos referidos a:

- prestación de servicios, cobertura, infraestructura
- sistemas de información, investigación

(16) Las diferencias son: (1) sólo establece procedimientos para consentimientos especiales en casos de incapacidad declarada judicialmente, y no en casos de menores de edad; (2) incluye entre los deberes del médico las dos disposiciones agregadas por la Comisión de Bioética (ver más arriba).

- capacitación de recursos humanos
- información, prevención
- educación sexual, planificación familiar, anticonceptivos
- embarazo y parto, aborto provocado en condiciones de riesgo, climaterio
- infecciones de transmisión sexual, enfermedades genito-reproductivas
- salud mental, violencia
- coordinación con otros organismos del Estado
- participación de redes sociales y de usuarios/as.

(arts. 6° y 7°) DEBERES DEL MSP. Enumera 26 acciones concretas para el cumplimiento de los objetivos.

(art. 8°) UNIVERSALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. C.SS. 178*, tomo 446: 22.

Como se advierte del resumen en el Cuadro 3, el amplio alcance del último proyecto presentado hace que sea mucho más que una simple iniciativa de despenalización del aborto, aunque el debate público y mediático tendía a centrarse sobre todo en ese aspecto y varios de los legisladores opositores compartían la opinión del diputado nacionalista Sergio Botana:

Este proyecto de ley es sobre el aborto; lo otro es un envoltorio, un lindo envoltorio, pero envoltorio al fin; es aquel terroncito de azúcar que nos daban cuando nos iban a dar la vacuna en la escuela. Es más: sorprende que todo esto otro haya que legislarlo en el país para que se practique, y que todo esto que envuelve a esta iniciativa tenga que ser transformado en norma jurídica para que sea práctica habitual y obligación de los médicos y de las empresas médicas¹⁷.

A pesar de estas aseveraciones, la lectura del proyecto revela que la despenalización del aborto aparece como sólo una medida en una serie muy exhaustiva de políticas y acciones de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de toda la población (mujeres y hombres), cuya efectiva implementación a su vez tenderá a disminuir la incidencia de los embarazos no deseados, y por ende los abortos. La enumeración de los objetivos y de los contenidos concretos de las políticas de salud sexual y reproductiva a ser implementadas por el MSP en coordinación con otros organismos del Estado deja en evidencia las insuficiencias en esta materia del existente sistema de salud y la dimensión del desafío que implicaría superarlas. Sin embargo, el hecho que este proyecto se presentara en el marco de la profunda reforma del Sistema Nacional de Salud iniciada por el gobierno frenteamplista, es de

(17) *D.SS. C.RR. 3546*: 73.

suponer que existiría la voluntad política y el marco institucional necesarios para llevar a la práctica las medidas propuestas.

En las sucesivas instancias de discusión del proyecto son los artículos sobre los principios rectores y éticos que suscitan mayor disenso. Cuando el Senado aprueba por primera vez el proyecto, en noviembre de 2007¹⁸, se eliminan las dos referencias a “principios éticos”, y se juntan los contenidos de los artículos 2º y 3º en un solo artículo titulado “Principios”, modificando asimismo la redacción de la cláusula sobre la sexualidad humana por la siguiente: “En materia de sexualidad humana se reconocerá tanto la función biológica vinculada a la procreación como el carácter placentero de la comunicación interpersonal.” Cuando el proyecto se discute en la CRR un año más tarde, la única modificación al texto es la eliminación total del artículo 2º: “Principios”, dejándolo sin el marco conceptual claro que tenían las versiones anteriores. Otra modificación al proyecto que refleja la resistencia de algunos actores a reconocer los derechos sexuales y reproductivos como universales y el deber del Estado en proteger y promoverlos fue en la redacción del numeral d) del artículo 3º: “capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para *la educación en* (antes “promoción de”) el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena *y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar* (agregado)”.

Sin embargo, la ley finalmente aprobada mantiene algunos elementos que remiten a ese marco conceptual de derechos. Un nuevo objetivo específico de las políticas agregado durante su tratamiento en el Senado hace referencia a “un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”. Y el artículo 1º mantiene como deber del Estado el garantizar “condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población”.

En cuanto a los artículos referidos al aborto, el primer proyecto aprobado por el Senado amplía la despenalización fuera de las primeras 12 semanas a casos para salvar la vida de la mujer, agregando una disposición habilitando, en cualquiera de los casos fuera del plazo básico, la intervención del Comité de Ética de la institución médica, que “deberá expedirse en un plazo acorde a la realidad del caso”. También incorpora de nuevo los procedimientos para consentimientos especiales en casos de menores embarazadas y aclara que las penas se aplican también a la mujer que cause o consiente su aborto fuera de los plazos o condiciones establecidos en la ley.

(18) Ver texto del proyecto aprobado en *D.SS. C.SS.* 181, tomo 446: 311.

Tiempos y procedimientos

Los Reglamentos del Parlamento establecen el sistema por el cual se procesan los proyectos de ley presentados. Antes de discutirse en el plenario de la Cámara se envían a alguna de las comisiones parlamentarias (permanentes o especiales), integradas por representantes de todos los partidos, que en general sesionan una vez por semana. La función de estas comisiones es estudiar los asuntos presentados e informar sobre los mismos a la Cámara para agilizar su discusión en plenario. Así pueden aprobar, modificar o archivar los proyectos de ley presentados, y también definen la orden en que tratan los proyectos entrados, en general dando prioridad a aquellos considerados más importantes o sobre los cuales existe un consenso entre todos los partidos; los proyectos que no llegan a ser tratados por la comisión se archivan automáticamente al final de la legislatura. Por lo tanto, estas comisiones tienen un importante grado de poder sobre el destino de los proyectos. Además, si una comisión no funciona eficientemente –no llega al quórum requerido para sesionar– esto puede postergar el tratamiento de los proyectos. El tratamiento de proyectos cuyo contenido se considera particularmente polémico puede llegar a ser muy prolongado, ya que como parte del proceso de estudio de un proyecto, la comisión puede invitar (o acceder a recibir) a aquellas personas o organizaciones cuya opinión sobre el proyecto considera relevante. Cuando no existe un consenso entre todos los miembros de la comisión sobre el proyecto bajo estudio, pero sí hay una posición mayoritaria, se presenta a la Cámara un informe en mayoría y se habilita la presentación de informes en minoría de parte de los miembros discrepantes; cuando no se llega a una mayoría, se pueden presentar varios informes en minoría.

Luego de que la comisión da cuenta al pleno de la Cámara del proyecto informado y éste entra en el orden del día, el cuerpo primero escucha el o los informes de la comisión y se prosigue a la discusión general del proyecto, al final de la cual se vota en general. Si se vota negativamente, el proyecto se archiva, y si la votación es favorable, se da paso a la discusión en particular, en la que se debate y se vota cada artículo del proyecto, pudiendo modificarse los contenidos o la redacción del mismo. Así el proyecto aprobado puede ser igual al que entra al pleno, puede tener modificaciones menores, o se pueden aprobar solamente algunos de sus artículos. La discusión de un proyecto puede llevar varias sesiones de la Cámara, y el cuerpo también puede suspender su discusión y enviarlo de vuelta a la comisión para que se negocien discre-

pancias que resultarían demasiado engorrosas de resolver en una discusión plenaria. El proyecto aprobado se envía a la otra Cámara, donde el proceso empieza de nuevo. Si en la segunda Cámara no se aprueba, el proyecto se archiva; si se aprueba sin modificaciones se convierte en ley; y si se aprueba con modificaciones vuelve a la Cámara donde primero se aprobó. Si ésta, a su vez, aprueba las nuevas modificaciones, queda sancionado como ley, pero si existen discrepancias sobre las modificaciones se resuelven en una sesión de la Asamblea General, integrada por todos los miembros de ambas Cámaras.

¿Cuál ha sido entonces, el tratamiento y destino de los cinco proyectos presentados desde 1985? El Cuadro 4 presenta un resumen en forma cronológica del pasaje que tuvo cada uno de los proyectos por el Parlamento.

Cuadro 4. Tratamiento de los proyectos de ley sobre aborto, presentados 1985-2009

Fecha	Tratamiento
CRR 385/1985:	
Aborto practicado con consentimiento de la mujer – modificación de normas.	
12/06/1985	Se presenta el proyecto en la CRR.
12/06/1985	Pasa a la Comisión de Salud Pública CRR. No llega a ser tratado.
19/05/1992	Se archiva.
27/06/2001	A pedido de la Comisión de Género se retira del archivo.
03/07/2001	Pasa a estudio de la Comisión de Salud Pública CRR.
05/11/2002	Se anexa a PL CRR 3107/993.
CRR 1658/1991:	
Rapto y aborto – modificación de artículos del Código Penal.	
20/11/1991	Se presenta el proyecto en la CRR.
20/11/1991	Pasa a la Comisión Especial sobre la Condición de la Mujer.
26/11/1991	Pasa a la Comisión de Constitución, Código, Legislación General y Administración. No llega a ser tratado.
07/03/1995	Se archiva.
27/06/2001	A pedido de la Comisión de Género se retira del archivo.
03/07/2001	Pasa a estudio de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.
05/11/2002	Se anexa a PL CRR 3107/993

CRR 3107/1993 – CSS 984/2002:
Aborto voluntario – normas/Defensa de la salud reproductiva.

15/12/1993	Se presenta el proyecto en la CRR.
17/12/1993	Pasa a la Comisión de Bioética.
07/04-09/06/1994	Comisión dedica 9 sesiones al estudio del proyecto.
16/06/1994	Comisión aprueba proyecto modificado.
02/08/1994	Se da cuenta en sala del proyecto informado.
07/03/1995	Pasa a archivo sin llegar a ser tratado en el pleno de la CRR
27/06/2001	A pedido de la Comisión de Género se retira del archivo.
10/07/2001	Pasa a la Comisión de Salud Pública CRR.
12/12/2001	Las diputadas Castro (FA), Percovich (FA), Tourné (FA) y Rondán (PC) solicitan a la Comisión que inicie el estudio de los proyectos de ley desarchivados.
12/03-16/10/2002	Comisión dedica 26 sesiones al estudio del proyecto.
22/10/2002	Se anexan al proyecto los proyectos de ley 385/1985, 1658/1991 y 3044/1998. Comisión elabora nuevo proyecto, con informe en mayoría y 2 informes en minoría con resolución de desechar el proyecto.
13/11/2002	Empieza tratamiento del proyecto en el pleno de la CRR (6 sesiones).
10/12/2002	CRR sanciona con modificaciones (47 votos a favor; 43 votos en contra).
18/12/2002	El proyecto aprobado se presenta en el Senado y pasa a la Comisión de Salud Pública.
05/08-16/12/2003	Comisión dedica 13 sesiones al estudio del proyecto.
23/12/2003	Se da cuenta en el pleno del Senado del proyecto informado.
13/04/2004	Empieza tratamiento del proyecto en el pleno del Senado (3 sesiones).
04/05/2004	Senado rechaza (14 votos a favor; 16 votos en contra).
22/02/2005	Pasa a archivo.

CRR 3044/1998: Aborto normas

16/09/1998	Se presenta el proyecto en la CRR.
22/09/1998	Pasa a la Comisión de Salud Pública CRR.
22/10/2000	Pasa a archivo.
27/06/2001	Se retira del archivo.
05/11/2002	Se anexa a PL CRR 3107/993.

CSS 526/2006 CRR 2182/2007:
Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva

06/06/2006	Se presenta el proyecto en el Senado.
13/06/2006	Pasa a la Comisión de Salud Pública.
08/05-18/09/07	Comisión dedica 14 sesiones al estudio del proyecto.
25/09/2007	Comisión aprueba 2 proyectos sustitutivos: en mayoría (no incluye despenalización del aborto); en minoría (incluye despenalización del aborto).
16/10/2007	Empieza discusión del proyecto en el pleno del Senado.
17/10/2007	Senado vota en general proyecto en minoría: 15 votos a favor; 15 votos en contra – negativa; se vota en general proyecto en mayoría – aprobado (31 votos en 31). Se resuelve que el proyecto vuelva a Comisión para estudiar la redacción del primer capítulo.
23-30/10/2007	Comisión dedica 2 sesiones y aprueba modificaciones a la redacción.
06/11/2007	Empieza reconsideración del proyecto en el pleno del Senado. Se vuelve a votar el proyecto en mayoría aprobado el 17/10: Senado rechaza (13 a favor; 17 en contra). Se vuelve a votar el proyecto en minoría rechazado el 17/10: Senado aprueba (18 a favor; 13 en contra).
07/11/2007	El proyecto aprobado se presenta en la CRR y pasa a la Comisión de Salud Pública CRR.
13/05-10/09/2008	Comisión dedica 13 sesiones al estudio del proyecto.
10/09/2008	Comisión presenta informe en minoría a favor del proyecto aprobado en el Senado e informe en minoría en contra.
04/11/2008	Empieza discusión del proyecto en el pleno de la CRR En una sola sesión se aprueba con modificaciones (49 votos a favor; 48 votos en contra).
06/11/2008	El proyecto modificado vuelve al Senado. Se vota afirmativamente (17 votos en 29) su tratamiento de urgencia en el pleno del Senado. El Senado aprueba el proyecto modificado (17 votos en 30).
14/11/2008	El Poder Ejecutivo veta los artículos 7 al 20 que despenalizan el aborto, con la firma del Presidente de la República y de la Ministra de Salud Pública.
20/11/2008	La Asamblea General no levanta el veto.

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. C.RR.* y *C.SS.* varios.

En la Exposición de Motivos de todos los proyectos presentados se plantea que urge un debate parlamentario sobre la despenalización del aborto: es un “tema pendiente”, una “deuda” que tiene el Parlamento con la sociedad uruguaya; se afirma que “la revisión de las normas que incriminan el aborto se convierte en un imperativo” y se refiere a “la impostergable necesidad de dotar a la sociedad uruguaya de políticas en salud reproductiva”. Asimismo, el hecho que en junio 2001 la Comisión de Género de la CRR

resuelve solicitar el desarchivo de los proyectos que se habían presentado desde 1985, en vez de presentar uno nuevo, se puede interpretar como un recordatorio al Parlamento de que era un tema pendiente desde el retorno a la democracia, que ya había alcanzado algún grado de acuerdo a nivel legislativo.

No obstante, los recorridos de los proyectos presentados en el Cuadro 4 advierten que no todos los actores parlamentarios coincidían sobre la urgencia del tema. Entre el primer proyecto presentado y la primera discusión en comisión de un proyecto pasaron 9 años; entre esa primera vez que se tratara en comisión y la primera discusión en el pleno de una de las Cámaras, pasaron 8 más; y de ahí a que se sancionara una ley que despenalizara parcialmente el aborto, faltaban 6 más. De los cinco proyectos presentados, solamente dos llegaron a discutirse en el plenario de las Cámaras. Los otros tres ni siquiera llegaron a ser estudiados en comisión durante la legislatura en que fueron presentados.

El pasaje de los dos proyectos que llegaron a discutirse en Cámara tampoco fue ágil, aunque el de 1993 superó la primera etapa de tratamiento con atípica rapidez. Este proyecto tenía la ventaja de llevar las firmas de legisladores/as de todos los partidos con representación parlamentaria –una señal de que era posible llegar a posiciones interpartidarias acordadas sobre el tema– lo que facilitó que la Comisión de Bioética no sólo lo tratara, sino que aprobara un proyecto sustitutivo con informe en mayoría en menos de tres meses. Cabe mencionar que, como señala el principal propulsor del proyecto, el diputado frenteamplista Rafael Sanseviero, el proyecto presentado no fue el inicio, sino la culminación, de un proceso que buscaba aprovechar “la apertura de un nuevo escenario para instalar el debate sobre el aborto” –la creación de la Comisión de Bioética– y que consistió en consultas a lo largo del año con diferentes actores sociales y políticos con el fin de “dotar [al proyecto] de una amplia base social y política” (Sanseviero, 2004: 15).

En cambio, el posterior tratamiento de este proyecto, luego de su desarchivo en 2001, y el que tuvo el proyecto presentado en el Senado en 2006, comparten un patrón caracterizado por largas demoras antes de iniciarse su estudio en comisión, etapa que luego se extiende durante un período también prolongado antes de la aprobación de proyectos sustitutivos. Hay varias posibles explicaciones por estas demoras. Una, simplemente, es que los opositores a la despenalización utilizaron las tácticas a su alcance para obstaculizar su tratamiento. Ejemplo de esto son reiteradas inasistencias a la Comisión de Salud Pública, dejando la misma sin el quórum requerido para tratar el proyecto.

Otra tiene que ver con el “contexto de condena, tolerancia y negación” (Sanseviero et. al., 2003) que envolvió el tema durante medio siglo.

La condena normativa y discursiva del aborto convive con la tolerancia del mismo en la práctica, una contradicción que se resuelve a través de la negación –de discutirlo abiertamente, de posicionarse a favor o en contra de la despenalización, de reconocerlo como un problema social que requiere de respuestas políticas. El hecho que el aborto genera opiniones fuertemente encontradas, poniendo en juego creencias y valores profundos, y planteando una serie de preguntas sobre la naturaleza y el funcionamiento del propio sistema democrático, político y judicial, lo convierte en un tema “incómodo”, aun para aquellos actores políticos que apoyan su despenalización, y por lo tanto no se prioriza su tratamiento¹⁹.

Por otro lado, el extendido tratamiento que tuvieron los proyectos luego de iniciarse su estudio en comisión puede, ciertamente, dar cuenta de un proceso serio y detallado, que busca explorar todas las dimensiones de un tema altamente polémico y resolver todas las posibles discrepancias sobre el proyecto antes de que pase al plenario. De hecho, así se afirma en la Exposición de Motivos del informe en mayoría presentado por la Comisión de Salud CRR, luego de ocho meses de estudio de los proyectos desarchivados y de elaboración de un nuevo proyecto:

[L]as diferentes ópticas desde las cuales se puede analizar el tema, llevó a la Comisión a considerar imprescindible como etapa previa a la redacción del proyecto definitivo, recibir a todas las organizaciones o delegaciones representativas de una sociedad que viene debatiendo sobre el tema desde siempre y que para legislar, debe hacerlo sobre el consenso en la misma. [...] Se recibieron y atendieron veinticinco delegaciones del ámbito académico, científico y gremial del área jurídica y del área médica, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la defensa de los derechos humanos y de las mujeres, y representantes de diversas religiones.²⁰

Durante el tratamiento del mismo proyecto en la Comisión de Salud del Senado en 2004 se recibieron a 29 delegaciones, mientras que para el estudio del proyecto presentado en 2006, la Comisión de Salud del Senado recibió a 11 delegaciones y la de la Cámara baja a 25. En total las comisiones que estudiaron proyectos sobre la despenalización del aborto recibieron a delegaciones de 68 organizaciones y a 16 profesionales (abogados, médicos, profesores, procuradores, asistentes sociales) a título personal. Cabe notar que varios de los invitados comparecieron más de una vez y muchos también dejaron documentos relacionados con el tema, lo que plantea preguntas res-

(19) Así se expresa el senador colorado De Boismenu: “hablar de este tema es costoso y creo que a todos los Senadores de esta Cámara nos resulta difícil hablar de él” (*D.SS. C.SS. 323, tomo 422: 493*).

(20) Anexo I al Repartido 637 (noviembre 2002): 1.

pecto a la eficiencia del procedimiento seguido para el estudio de estos proyectos de ley, dado que el artículo 152 del Reglamento del Senado establece la posibilidad de que comisiones de ambas Cámaras celebren reuniones conjuntas para considerar temas en común.

Las demoras en el tratamiento de los proyectos provocaron una reacción de diferentes actores –internos y externos– defensores de los proyectos. Así, en 2001, luego de cinco meses sin que la Comisión de Salud Pública CRR empezara a estudiar los proyectos desarchivados a pedido de la Comisión de Género, las diputadas Castro (FA), Percovich (FA), Tourné (FA) y Rondán (PC) solicitaron formalmente a la comisión que iniciara su tratamiento. Asimismo, distintas organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres reclamaban reiteradamente en sus campañas, comunicados de prensa, movilizaciones y otras acciones que se trataran los proyectos de forma urgente. El 17 de junio de 2008 cuatro organizaciones feministas²¹ presentaron a la Comisión de Salud Pública CRR una recopilación de todas las actas generadas por el Parlamento sobre el aborto desde 1985. En el documento se contabiliza el total de páginas, palabras, horas, minutos y hasta segundos dedicados por el Poder Legislativo al tratamiento del tema y encabeza el documento la pregunta: “¿Cuántas palabras más hacen falta?”

Incidencia desde afuera

Diversos factores han contribuido a forzar el debate legislativo, incluyendo cambios contextuales a nivel nacional (la situación socio-económico del país, o la correlación de fuerzas políticas) e internacional (en el marco normativo), además de la agencia de actores sociales promotores de la despenalización²². Hasta fines de los ochenta las únicas voces que reclamaban desde la sociedad civil la despenalización del aborto eran las de organizaciones feministas. En tanto éstas en su proceso de constitución reivindicaban su autonomía frente a la influencia de las corrientes ideológicas partidarias (que sí marcaban otros movimientos sociales uruguayos), y todavía estaban muy lejos de lograr que el sistema político las reconociera como interlocu-

(21) Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), Cotidiano Mujer, Instituto Mujer y Sociedad (IMS) y Comité de América Latina y el Caribe de Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM).

(22) Esta sección recoge las distintas acciones desarrolladas por actores sociales, tanto defensores como opositores de la despenalización, que tenían como objetivo incidir en el proceso del debate a nivel parlamentario. Las características, agendas y campañas de estos actores se abarcan en el siguiente capítulo.

tores independientes válidos, no lograban instalar sus reivindicaciones en la agenda política.

En los noventa, en cambio, surgieron algunas iniciativas que hicieron ver que el tema suscitaba la atención y preocupación de otros actores sociales que sí gozaban de legitimidad como “autoridad social”. Así en 1992 el Sindicato Médico del Uruguay organizó un seminario sobre “Bioética y legislación”, en el cual profesionales, académicos, invitados internacionales, y legisladores nacionales y organizaciones feministas debatieron sobre los marcos legislativos vigentes en el país y los avances a nivel internacional en materia de reproducción asistida, eutanasia y aborto. Como señala Sanseviero et. al. (2003: 14), esta actividad se realiza en un momento en que “el discurso modernizador anclado en las propuestas emanadas del ‘Consenso de Washington’ va conquistando espacio cultural, de modo que propuestas de ‘modernización y reformas’, sea del estado, de la salud, de la educación, resuenan con creciente autoridad.” Es a partir de este seminario que se crea en 1993 la Comisión de Bioética de la CRR, que posteriormente estudia y aprueba el proyecto de despenalización del aborto presentado en el mismo año. Los noventa también se destacan por la acumulación de compromisos asumidos por el Estado uruguayo en las sucesivas conferencias mundiales organizadas por el sistema de las Naciones Unidas. Estos acuerdos no sólo establecen recomendaciones específicas respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y al aborto inseguro, sino que también brindan un marco conceptual para la construcción de agendas políticas desde el enfoque de los derechos humanos, algo que las organizaciones feministas rápidamente incorporan en su discurso. Cabe notar que la abogada feminista Graciela Dufau fue co-autora del proyecto de despenalización presentado en 1993, cuyo punto de partida es el derecho de la mujer a decidir.

Pero es a partir del año 2001 que se confluyen múltiples factores que instalan el tema del aborto en el debate público y hacen insoslayable el tratamiento legislativo de la despenalización. En un contexto nacional de creciente crisis económica y social, se produce un incremento significativo en el número de mujeres que mueren a consecuencia de abortos practicados en condiciones de riesgo, llegando a ser ésta la principal causa de morbimortalidad materna en la principal maternidad pública del país (Briozzo, 2002). A partir de allí, la dimensión sanitaria del problema se convierte en un elemento central del debate y los médicos consolidan su estatus de referente obligado en las consultas a expertos realizadas por las comisiones parlamentarias y en la cobertura de los medios de comunicación. El aumento de las muertes como resultado de abortos inseguros también refuerza la postura de quienes critican la ley vigente por ser una norma generadora de injusticia social, en tanto castiga en mayor medida a las mujeres pobres quienes ponen

en riesgo su salud y su vida al no contar con los recursos necesarios para pagarse la intervención en condiciones de mayor seguridad.

Esta reconfiguración del debate ofreció un contexto oportuno para solicitar el desarchivo de los proyectos sobre la despenalización del aborto, y también explica la posterior solicitud de que se enviaran a la Comisión de Salud Pública CRR en vez de ser tratados por la Comisión de Género, que había tomado la iniciativa original. Las organizaciones defensoras de la despenalización tampoco dejaron pasar la oportunidad que se abría en el ámbito parlamentario y las organizaciones feministas lideraron “una fuerte acción de los actores sociales que potenciaron su capacidad y disposición de construir nuevos consensos en torno a la defensa y respeto del derecho de las personas a decidir sobre la vida sexual y reproductiva” (Abracinskas y López, 2006: 3-4). A su vez, la cada vez más visible campaña a favor de la despenalización, desarrollada por una gama amplia y diversa de actores sociales, provocó el inicio de una “contra-campaña” realizada por los actores opositores, también más visibles, pero menos diversos, todo lo que reforzó la instalación del tema en los medios de comunicación.

Es así que, a partir del inicio del siglo XXI, más allá de la presencia cada vez numerosa de legisladores partidarios de la despenalización, vinculada principalmente con el crecimiento electoral del FA, desde fuera del ámbito parlamentario surgían claras señales de que era un tema que a la sociedad uruguaya le importaba y cuya discusión difícilmente el Poder Legislativo podría seguir postergando. Siendo el Parlamento la máxima asamblea representativa, deliberativa y legislativa del sistema democrático uruguayo, era de suponer que sus integrantes tomarían tales manifestaciones como un indicador de la existencia de una preocupación ciudadana a la cual, de acuerdo con su función, deberían responder.

Como ya se mencionó, el extendido tratamiento en comisión de los proyectos se debía en parte al gran número de delegaciones que fueron recibidas. Aunque algunas fueron invitadas especialmente, muchos actores sociales recurrieron al uso de su derecho ciudadano a pedir audiencia con las comisiones para presentar su opinión respecto a los proyectos a estudio. En cuanto a si hubo algún sesgo en términos de la posición planteada por estas delegaciones frente a la despenalización, del total un 44,6% se expresaron a favor, un 43,6% en contra, mientras un 11,9% no dijeron estar ni a favor ni en contra. Aunque esta relación refleja bastante fielmente la correlación de posiciones en el cuerpo legislativo, se diferencia en algo de los resultados de las encuestas de opinión pública realizadas en el período que los proyectos estaban a consideración del Parlamento (ver siguiente capítulo). También merece señalar que en el último caso (Comisión de Salud Pública CRR) se manifestó en contra del proyecto el 84% de las delegaciones; ya que la

mayoría de éstas solicitaron ser recibidos, parece reflejar un aumento de los esfuerzos del lobby opositor por incidir en el debate parlamentario o simplemente demorar la entrada del proyecto al plenario.

Pero no todas las tácticas utilizadas por el lobby opositor se ajustaron a las reglas de juego de una democracia representativa. El 30 de abril de 2004 cada uno de los miembros del Senado uruguayo recibió un fax firmado por seis congresistas estadounidenses, quienes, haciendo eco de los argumentos manejados por el lobby opositor, les urgían no votar a favor del proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva que estaba bajo discusión en esa Cámara. Voces de todo el espectro político rechazaron lo que calificaron de una indebida injerencia en asuntos nacionales de parte de representantes de un país extranjero. Hubo también intentos más directos de interrumpir el proceso legislativo: dos veces se tuvo que suspender la sesión –en el Senado en 2007 y en la CRR en 2008– al recibirse una amenaza de bomba. Otro tipo de amenaza fue lanzada en noviembre 2008, a dos días de la votación sobre el proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en la CRR, por el Arzobispo de Montevideo, quien declaró al diario *El País* que los legisladores que apoyaran la despenalización del aborto quedarían excomulgados. Cinco días después, la Conferencia Episcopal del Uruguay confirmó esta resolución. Las implicancias de esta acción en el marco de una democracia representativa fueron resumidas sintéticamente por el senador colorado Julio María Sanguinetti, quien había votado a favor del proyecto el año anterior, en un editorial en el mismo diario:

Hasta el Arzobispo de Montevideo, que tiene todo el derecho a sostener lo que su conciencia le dicte, se sintió autorizado –además de opinar– a amenazar a legisladores con la temida excomunión, agrediendo la independencia de juicio de un representante del pueblo, al cual el sistema democrático ha tratado de preservar de toda presión para que actúe sin temores, conforme a su criterio.²³

Como se analizará en el siguiente capítulo, las acciones de *lobby* fueron acompañadas por campañas y movilizaciones organizadas por los principales actores sociales de ambos bandos. Durante las sesiones se realizaban manifestaciones, muchas veces ruidosas, en las afueras del Palacio Legislativo y adentro se llenaba la barra, siendo resuelto en varias ocasiones el desalojo del mismo o de algún miembro del público por desacatar la regla que requiere que se observe la sesión en silencio.

(23) Editorial “La ley y la moral”, *El País*, 23/11/2008.

Mientras que un objetivo de estas acciones y movilizaciones sin duda es mostrar apoyo a las y los legisladores que comparten su posición, es ilustrativo el comentario hecho por el senador frenteamplista José Mujica en mayo de 2004:

Como Legislador me he sentido molesto, muy molesto, y presionado por todos lados. Esto ha sido así a favor y en contra, y siempre presionado. Primero, esas presiones no logran ningún efecto de cambio y son poco inteligentes. Las considero auténticas porque son una manera de manifestar un punto de vista y, en tal sentido, son reconocibles, pero más bien –reitero– tienden a lograr el efecto contrario sobre nuestra manera de pensar.²⁴

Esta cita nos advierte sobre la compleja relación que existe entre los actores parlamentarios y las fuerzas sociales que buscan insertar sus demandas en la agenda legislativa. Por un lado, la acción de los actores sociales promotores de la despenalización del aborto, sin duda, fue un factor fundamental para que el tema se constituyera en un tema de la agenda legislativa y se llegara a votar. También hicieron aportes sustantivos al contenido y enfoque del debate a través de su participación en las comisiones. Por otro lado, el funcionamiento del sistema de democracia representativa establece que la deliberación y resolución última del tema es competencia y responsabilidad del Parlamento. Mientras que las palabras del senador Mujica reivindican ésa frente a lo que percibe como presiones ilegítimas, durante el debate parlamentario de la última década hay varias manifestaciones de la renuencia de algunos legisladores a asumir el deber que les corresponde.

El juego de la política

En este sentido, la presentación cronológica del tratamiento que recibieron los distintos proyectos (ver arriba, Cuadro 4) nos advierte de la incidencia en su aprobación o no de factores absolutamente ajenos a las cuestiones sustantivas en discusión. Así, a pesar de la consolidación de una posición multipartidaria de consenso sobre el proyecto de 1993, el texto sustitutivo aprobado por la Comisión de Bioética (junio 1994) nunca entró en el orden del día del pleno de la Cámara. Aquí el factor determinante fue la cercanía de las elecciones nacionales (noviembre 1994), que convenció aun a los promotores del proyecto de que era preferible quedarse con “la ventaja

(24) D.SS. C.SS. 323, tomo 422: 480.

política de concluir el proceso con la aprobación” en comisión (Sanseviero, 2004: 16) y no arriesgar en el marco de la campaña electoral un reñido debate (y probable derrota) en el plenario, que podría llevar al punto de ruptura los acuerdos cuidadosamente contruidos en los meses anteriores. Entonces, la complejidad del asunto hace que políticamente no se considere un tema “redituable”, y se tienda a medir el potencial impacto de promover la sanción de la despenalización (o simplemente de dar la discusión) más en términos de costos políticos –pensando sobre todo en los votos que se pueden perder– que en términos de los costos que genera a nivel social el no tratar el tema.

El contexto electoral también entró en juego en mayo de 2004, cuando el proyecto aprobado por la Cámara baja a fines de 2002 finalmente llegó a discutirse en el pleno del Senado. Allí hubo una moción de devolverlo a comisión, lo que fue interpretado por algunos como un intento de “darle un entierro de lujo”²⁵, por el cual se pretendía evitar la responsabilidad de tener que posicionarse en tiempos electorales, hipótesis que fue rotundamente rechazada por los que apoyaban la iniciativa. De todas formas, en este contexto surgió con fuerza un planteo originalmente hecho por la diputada colorada Glenda Rondán en 2001, de someter la decisión sobre la despenalización del aborto a una consulta popular. El hecho de que la Constitución uruguaya no incluye esta posibilidad entre los mecanismos de democracia directa que consagra hizo que no quedara muy claro cómo se podía habilitar, ni qué tipo de consulta sería: un referéndum consultivo no vinculante, o un referéndum resolutivo. Lo que sí era evidente era que implicaría un complejo proceso de negociación interpartidaria, que otra vez postergaría la resolución del tema y tampoco tenía garantía de éxito, como señaló el senador Herrera (PC): “en un año electoral, cuando es tan difícil llegar a acuerdos, pretender hacerlo en este tema, realmente, me parece una utopía” (*D.SS. C.SS. 323*, tomo 422: 504). Para el *lobby* que promovía la aprobación de la ley, la propuesta era una táctica para “montar una cortina de humo para evitar manifestar opinión y evitar el costo electoral” (Abracinskas, 2004: 3). En el 2005 el diputado colorado Washington Abdala presenta un proyecto de ley que propone una reforma constitucional para habilitar tal consulta (que no llega a ser tratado) y en la discusión sobre el proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en 2008, vuelve a plantear lo mismo, pero su iniciativa no prospera.

El otro factor político que ha tenido una incidencia decisiva en el desarrollo y desenlace del debate parlamentario sobre el aborto en las dos

(25) Senador Gargano (FA) *D.SS. C.SS. 323*, tomo 422: 503.

últimas legislaturas es el anuncio anticipado por parte del Presidente de la República de su intención de vetar cualquier ley que despenalizara el aborto. Así lo hizo saber el Presidente Jorge Batlle (PC) en 2000, en consecuencia del acuerdo electoral que había concertado con el partido confesional la Unión Cívica (UC) antes del balotaje de noviembre 1999, según el cual la UC sumaba votos a la candidatura de Batlle a cambio de que éste asegurara que en caso de llegar salir electo, el Poder Ejecutivo no tomaría ninguna iniciativa legislativa sobre la despenalización del aborto. La misma intención fue transmitida por el Presidente electo Tabaré Vázquez (FA), pero esta vez basada en sus “profundas convicciones personales”.

Estas amenazas de veto influyeron directamente en las votaciones en 2004 y 2008. Hierro López, Vice Presidente de la República y firmante del acuerdo con la UC, aclaró en la discusión en el Senado en 2004 que iba a honrar ese acuerdo, a pesar de creer que “el proyecto es relativamente bueno e interesante; allí se señalan cuestiones principales, y entiendo que va en la línea que [...] el país debe seguir, una línea de reconocimiento cada vez más amplia de los derechos.” (*D.SS. C.SS. 323, tomo 422: 496*). La amenaza de veto de Vázquez, por su parte, tuvo el efecto de hacer que el senador Cid (FA) firmara el proyecto en mayoría de la Comisión de Salud Pública (que no incluía la despenalización del aborto), votando en contra del proyecto en minoría en octubre de 2008, a pesar de haber votado a favor de la despenalización en 2004, posición que afirmaba mantener. Explica este comportamiento contradictorio alegando “una razón de tipo político”:

[N]o puedo dejar de soslayar que hay un anuncio reiterado y público del Presidente de la República adelantando un veto sobre el proyecto y, como Legislador del Gobierno, me siento en la responsabilidad de no incentivar un conflicto legislativo-ejecutivo. (*D.SS. C.SS. 179, tomo 446: 129*)

La justificación que hace Hierro de su voto negativo también es de naturaleza política; el imperativo de honrar el pacto electoral con la UC deriva de la importancia del mecanismo del acuerdo político, el cual caracteriza de la siguiente manera:

[E]l acuerdo político es la base del entendimiento, de la civilización, del avance y de las cosas imprescindibles que el Uruguay tiene que hacer para el futuro, para tener mayorías operativas que nos permitan traducir, en la medida de lo posible, las ideas en hechos. (*D.SS. C.SS. 323, tomo 422: 496*).

No obstante, claramente el acuerdo con la UC no cabe dentro de esta definición: en las elecciones nacionales de noviembre 1999 la UC no ganó ni una banca, recibiendo un total de 5109 votos en todo el país. Por lo tanto,

difícilmente se puede considerar a la UC un aliado clave para facilitarle al gobierno colorado las “mayorías operativas” a las cuales Hierro López refiere. Esto plantea la pregunta de qué otras influencias pesaron en el acuerdo. De la misma manera, aunque se sabía de antemano la posición personal de Vázquez sobre el aborto, es significativo que esa posición se concrete en su intención de veto a la salida de una reunión con el Arzobispo de Montevideo. Como es sabido, en todo sistema político democrático existen canales de influencia que operan por fuera de las estructuras y procedimientos institucionales que pretenden garantizar igual oportunidad a toda la ciudadanía de incidir en los asuntos públicos. En estos casos, parecería ser que la Iglesia Católica, a pesar de su temprana separación del Estado uruguayo, preserva la capacidad de incidir en el más alto nivel del sistema político por tales vías.

La aplicación del veto de parte de Vázquez tiene algunas particularidades que merecen analizarse por sus implicancias políticas, que han sido detalladas en estudios recientes. En primer lugar, Moreira (2009: 62) afirma que el modo de actuar del presidente “fue el contrario a cualquier versión republicana”, en tanto

Representó la voluntad de ‘uno’ contra la voluntad de muchos y muchas, o más aun, representó la voluntad de uno, contra la voluntad ‘pública’. Esta voluntad ‘pública’ que no se construyó de un día para el otro ni fue una acumulación de votos, ni siquiera fue la voluntad de un partido, llevó años de movilización ‘desde abajo’, desde la sociedad civil. Fue un ejemplo de iniciativa ciudadana.

De la misma manera, Moreira señala una primera característica incongruente de este uso del veto: “La mayoría de los vetos se producen por cuestiones presupuestales. El Parlamento aprueba en general gastos que le impiden al gobierno cerrar las cuentas y por ello el Ejecutivo se ve obligado a vetar. [...] Pero no es el caso de esta ley.”

En segundo lugar, fue un acto claramente contrapuesto a la voluntad mayoritaria de los miembros de la bancada parlamentaria oficialista²⁶, algo absolutamente inédito, ya que “[n]o hay ejemplos en la historia del país de un presidente de la República alineado con la oposición y enfrentado a su partido” (Bottinelli, 2008). Aunque en la política uruguaya se han producido múltiples instancias de conflicto entre los poderes ejecutivo y legislativo, “la mayoría de los vetos se ejercen cuando el gobierno no tiene una mayoría parlamentaria propia, y especialmente, cuando una bancada ‘hostil’ le quiere

(26) Además de la inclusión del tema en el programa del FA, ver abajo el análisis por partido de las votaciones sobre los distintos proyectos de ley.

imponer una legislación” (Moreira, 2009: 62). Según Bottinelli (2008) este hecho tiene implicancias políticas no menores:

[D]esde el punto de vista del sistema de partidos y de una democracia asentada en un sistema de partidos, es un hecho altamente debilitante de la democracia basada en partidos, o al menos un hecho patológico para una democracia de partidos.

Otra peculiaridad del veto es que tampoco se puede caracterizar como un conflicto entre el Legislativo y el Ejecutivo: el veto también contradecía el apoyo a la despenalización expresado por ocho de los trece miembros del gabinete de Vázquez. Ya que el artículo 165 de la Constitución establece que “[l]as resoluciones que originariamente hubieran sido acordadas por el Presidente de la República con el Ministro o Ministros respectivos, podrán ser revocadas por el Consejo²⁷, por mayoría absoluta de presentes”, esos ocho ministros/as podrían haber revocado la resolución de Vázquez (aunque Bottinelli (2010) señala que no existen antecedentes del uso de esta facultad). Que no sucediera así refleja, según Bottinelli, el hecho de que, a pesar de estar en minoría los partidarios de la penalización, esa minoría es “muy fuerte y muy activa”, mientras que la postura favorable es sostenida por una mayoría “silenciosa”. En el caso de la primera “el tema del aborto es de prioridad absoluta, de principios básicos”, mientras que no lo es para los partidarios de la despenalización. Es por eso que

El Frente Amplio, que tiene el electorado más claramente a favor de la despenalización del aborto, y que tiene una resolución de Congreso a favor de la despenalización, no llegó al mandato imperativo, permitió disidencias parlamentarias y nada menos que la mayor de todas las disidencias, el veto presidencial. (Bottinelli, 2010: 27)

Esta falta de una defensa firme de la despenalización desde el Frente Amplio fue parcialmente revertida por dos eventos posteriores al veto de la ley. Primero, el Partido Socialista, del cual Vázquez era miembro, aprobó en su 46 Congreso, celebrado una semana después del veto, una declaración en la que “lamenta profundamente el veto parcial interpuesto por el Poder Ejecutivo y manifiesta su discrepancia con los fundamentos utilizados para el mismo”, a la vez que “mandata a sus legisladores a que al inicio del nuevo período legislativo presenten nuevamente el proyecto de ley”. Al día si-

(27) El Consejo de Ministros está integrado por los titulares de los 13 ministerios y el presidente de la República, todos con un voto.

guiente Vázquez presentó su renuncia al partido. La segunda señal de que se estaba procesando una mayor consolidación de una posición partidaria sobre el tema fue la inclusión de la despenalización del aborto en el programa de gobierno 2010-2015 aprobado por el FA en su V Congreso Extraordinario celebrado en diciembre del mismo año²⁸.

Los partidos políticos uruguayos ante la despenalización del aborto

La postura a favor de la despenalización del aborto ha sido defendida por legisladores y legisladoras de todos los principales partidos en distintos momentos durante los últimos 25 años. Sin embargo, la revisión de los distintos proyectos de ley presentados, y de las opiniones vertidas en las discusiones recogidas en las actas de las comisiones y de las sesiones plenarias del Senado y de la CRR, revela una clara tendencia que asocia una postura más favorable hacia la despenalización con aquellos actores políticos ubicados en el polo izquierdo del espectro ideológico y la postura contraria con aquéllos ubicados más hacia la derecha. Concretamente, la despenalización ha recibido más apoyo entre los y las legisladoras del FA, y en menor medida del PGP y el PC, que del PN. No obstante, esto no es más que una tendencia general, algo que fue claramente ilustrado por el veto de Vázquez.

No es de sorprender, entonces, que ninguno de los partidos políticos uruguayos se hubiera pronunciado clara e inequívocamente a favor de la despenalización, incorporándola en su programa de gobierno, hasta la resolución adoptada en el último Congreso del FA de diciembre de 2008. Tampoco resulta sorprendente que esta resolución no apareció luego entre las propuestas presentadas en la plataforma electoral difundida por el FA durante la campaña hacia las elecciones nacionales de octubre 2009, siendo ésta una síntesis de su programa de gobierno que tenía un fin claramente proselitista y que por lo tanto buscaría evitar mención de medidas que podrían generar rechazo en el electorado. Pero se puede rastrear desde antes expresiones de apoyo del FA como partido hacia iniciativas que implicaran la despenalización del aborto. En la plataforma electoral elaborada en 1989,

(28) Se incluye la despenalización del aborto como una de las políticas a desarrollarse en la sección titulada “El derecho a la salud íntegra, un desafío permanente”, una de las Líneas Estratégicas del capítulo “Uruguay social: Por más justicia y equidad” del programa de gobierno 2010-2015, aprobado en el V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini del Frente Amplio (13-14/12/2008) (Frente Amplio, 2008: 75).

ya se hacía referencia a estudiar “un nuevo marco legal que respalde a la mujer ante la necesidad de interrupción del embarazo [...] que le garantice condiciones sanitarias adecuadas”²⁹. Asimismo, aunque el FA como tal no mandató a sus legisladores a votar acorde con la posición mayoritaria de sus miembros, el tratamiento del proyecto del 2006 da lugar a cierta presión en este sentido. En particular, este es el caso con Asamblea Uruguay (AU), sector con mayor número de casos de legisladores que votaron contra la corriente mayoritaria. Así lo hicieron la diputada Payssé, en diciembre 2002, y los senadores Baráibar, en octubre y noviembre 2007, y Cid, en octubre 2007. Mientras que los dos primeros fundamentaron su voto negativo en sus convicciones personales, como ya se indicó, Cid aducía razones políticas. Lo que es interesante es la explicación que ofrece Cid en noviembre 2007 cuando vuelve a votar acorde a su posición original, partidaria de la despenalización. En su intervención en la sesión en el Senado, hace referencia a que su actuación fue analizada en el seno de su sector, y llevó a que el Consejo Político Nacional de AU expresara formalmente su posición favorable a la despenalización. Aunque esto no impidió que su correligionario Baráibar votara de nuevo en contra en esa sesión, tanto él como la diputada Payssé se ausentaron en posteriores votaciones, dejando lugar a sus suplentes que votaron a favor.

También desde el Partido Colorado hubo tempranamente pronunciamientos hacia la despenalización del aborto, sin llegar a una posición consensuada. En el apartado “La mujer” del Programa de Principios del Partido Colorado, publicado en 1984, se indica que:

[E]l Partido incentivará en todos los ámbitos de difusión de programas de información y educación sexual, que pongan énfasis en la dignificación de las relaciones sexuales y en el deber de la paternidad responsable.

Paulatinamente, y con arreglo a criterios técnicos precisos, se consagrará el criterio de que el aborto consentido no es delito.³⁰

No obstante, la falta de consenso interno se revela en una nota al pie que señala que esta última resolución queda en suspenso. Sin embargo, el primer proyecto de despenalización del aborto de la época post-dictadura fue presentado por diputados colorados, quienes además reivindicaron su propuesta como propia de la principal tradición de su partido:

(29) Plataforma electoral del Frente Amplio, 04/06/1989, pág. 11. Citado en Cotidiano Mujer, CLADEM, IMS, RUDA (2008: 2).

(30) Partido Colorado (1984: 85).

[Q]uienes nos enorgullecemos de vivir en un país que ha sido abanderado en el mundo de tantas leyes de contenido social progresista, quienes además militamos en las filas del Batllismo que ha sido históricamente el principal propulsor de las mismas, y que en esta coyuntura tenemos la responsabilidad de servir al Partido y sus ideales desde el Parlamento, consideramos como una obligación procurar la modificación de la legislación vigente en la materia. (*D.SS. C.RR.* 1821, tomo 618: 128)

El mes siguiente, en el marco de una discusión referida a este proyecto que tuvo lugar en la CRR a raíz de una Exposición Verbal del diputado Ope Pasquet en la cual expresó su apoyo a la iniciativa de sus correligionarios, el diputado blanco Sturla refirió a la misma como “el proyecto colorado”, citando además la posición favorable expresada en una editorial escrita por el entonces Presidente de la República, Julio María Sanguinetti. Esta denominación provocó el rechazo inmediato de otro colorado, Pablo Millor, quien aclaró que no todos los colorados –representantes y votantes– compartían esa posición.

Los proyectos de ley presentados desde 1985, entonces, deben leerse no como expresiones de posiciones partidarias sobre la despenalización del aborto, sino como iniciativas de representantes individuales. Como se puede ver en el Cuadro 5, mientras que hacia el inicio del período de estudio los promotores de la despenalización provenían del PC, las iniciativas más recientes han sido promovidas principalmente por legisladores y legisladoras frenteamplistas. Tanto el proyecto presentado en 1998 como el de 2006 llevaban sólo firmas de legisladores frenteamplistas, incluyendo representantes de casi todos los sectores de la coalición de izquierda. No obstante, también hay casos de legisladores del FA que firmaron informes de comisión en contra de la despenalización: el diputado Gil Solares en 2002 y el senador Cid en 2007.

Cuadro 5. Firmantes por partido de proyectos de ley e informes de comisiones

Proyecto	Versión	Firmantes
CRR 385/1985	Proyecto original	Lamas, Vaillant (PC)
CRR 3107/1993	Proyecto original	Sanseviero, Beramendi, Bayardi, Legrand, Pita (FA); Caputi, Díaz Maynard, Michelini (PGP); Bertolini, Osoros de Lanza (PC); Piñeyrúa (PN)
	Proyecto sustitutivo de Comisión de Bioética	Beramendi (FA); Atchugarry, Bertolini (PC); Caputi (PGP); Piñeyrúa (PN)
	Proyecto sustitutivo en mayoría a favor de Comisión de Salud Pública CRR	Gallo Imperiale, Legnani (FA); Amen Vaghetti, Bianchi, Trivel (PC)
	Informes en minoría en contra de Comisión de Salud Pública CRR	1) Gil Solares (FA); 2) Argenzio (PN)
CRR 3044/1998	Proyecto original	Abelenda, Balbi, Barreiro, Bayardi, Canet, Charlone, Chifflet, Díaz Maynard, Ibarra, Legnani, Palacio, Pita, Solís, Tourné (FA)
CSS 526/2006	Proyecto original	Couriel, Dalmás, Korzeniak, Lorier, Michelini, Nicolini, Percovich, Ríos, Rubio, Saravia, Vaillant, Xavier (FA)
	Proyecto sustitutivo en minoría a favor de Comisión de Salud Pública	Percovich, Xavier (FA)
	Proyecto sustitutivo en mayoría en contra de Comisión de Salud Pública	Cid (FA); Alfie (PC); Antía, Da Rosa (PN)
	Informe en minoría a favor de Comisión de Salud Pública CRR	Gallo Imperiale, Vega (FA)
	Informe en minoría en contra de Comisión de Salud Pública CRR	Asqueta, Sánchez (PN)

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS.*, *C.SS.* y *C.RR.* varios.

El PN, por su parte, registra una posición partidaria más consolidada en contra de la despenalización. Sólo una legisladora blanca ha puesto su firma a un proyecto de ley o informe de Comisión favorable a la despenalización del aborto: la diputada Ana Lía Piñeyrúa, quien fue firmante del proyecto presentado en 1993 y del proyecto sustitutivo e informe a favor de la Comisión de Bioética. Cuando en la primera década del siglo XXI se visualiza la real posibilidad de que se apruebe la ley, el PN formaliza su posición partidaria contraria a la despenalización, mandando a su bancada a votar en consecuencia con esta resolución.

Ya que no prosperó ninguna de las iniciativas de suspender la discusión legislativa y someter la despenalización del aborto a un referéndum popular, los legisladores uruguayos se han visto obligados a votar sobre este tema en siete ocasiones en la última década. Todas menos una de las votaciones se tomaron de forma nominal, lo que permite identificar la posición que prevalece en cada partido en estas ocasiones (ver el Cuadro 6).

Una primera observación es que en la mayoría de las votaciones estuvieron presentes la totalidad o la gran mayoría de los integrantes de las Cámaras. La excepción es la votación en la CRR en el 2002, cuando faltaron a la sesión la cuarta parte de los diputados colorados y un 14% de los blancos. En total algún legislador colorado no asistió o se retiró de sala antes de la votación en todas menos una de las sesiones, mientras que el FA y el PN registran ausencias en una sola. Este comportamiento diferente en el caso del PC parecería reflejar la falta de un consenso en su interna, una hipótesis que es apoyada por la votación dividida que el PC registra en tres ocasiones: entre los colorados que asistieron a la sesión, un tercio votaron a favor y dos tercios en contra tanto en la CRR en 2002 como en el Senado en 2007, mientras que en el Senado en 2004 la brecha fue mayor, con sólo una quinta parte de la bancada apoyando la despenalización. El comportamiento del FA y del PN, por su parte, sigue la tendencia ya señalada con respecto a las firmas en los proyectos. La gran mayoría de los frenteamplistas vota a favor en todas las instancias, aunque sí se registran votos en contra en todas menos una. En cambio, entre los blancos sólo hay dos casos de votos que discrepan con la posición mayoritaria contraria a la despenalización.

Cuadro 6. Votos por partido sobre los dos proyectos que llegaron al pleno

	PL C.RR. 3107/1993 – C.SS. 984/2002		PL C.SS. 526/2006 – C.RR. 2182/2007		
	Repre- sentantes 10/12/2002	Senado 04/05/2004	Senado 06/11/2007	Repre- sentantes 04/11/2008	Senado 11/11/2008
Total integrantes Cámara	99	31	31	99	31
Total votos a favor	47	14	18	49	17
Total votos en contra	40	16	13	48	13
Ausentes	12	1	0	2	1
FRENTE AMPLIO					
Votos a favor	36	11	16	49	17
Votos en contra	4	1	1	2	0
Ausentes	0	0	0	1	0
PARTIDO COLORADO					
Votos a favor	8	2	1	0	0
Votos en contra	16	8	2	9	2
Ausentes	9	1	0	1	1
PARTIDO NACIONAL					
Votos a favor	1	0	1	0	0
Votos en contra	18	7	10	36	11
Ausentes	3	0	0	0	0
NUEVO ESPACIO					
Votos a favor	2	1	N/A	N/A	N/A
Votos en contra	2	0	N/A	N/A	N/A
PARTIDO INDEPENDIENTE					
Votos a favor	N/A	N/A	N/A	0	N/A
Votos en contra	N/A	N/A	N/A	1	N/A
Ausentes	N/A	N/A	N/A	0	N/A

Nota: “Ausentes” incluye tanto quienes no asistieron a la sesión como quienes se retiraron de la sala antes de la votación, que es la única forma según el Reglamento de abstenerse.

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. C.RR. 3087 y 3546; D.SS. C.SS. 323*, tomo 422, 181, tomo 446 y 253, tomo 459.

Cuadro 7. Resultados de la votación sobre el veto en la Asamblea General, 20/11/2008

	Total integrantes	No asistieron	Votos en contra del veto	Votos a favor del veto	Ausentes en votación
ASAMBLEA GENERAL					
Total legisladores/as	130	6	61	58	5
Total senadores/as	31	0	15	14	2
Total representantes	99	6	46	44	3
FRENTE AMPLIO					
Total legisladores/as	69	3	60	2	4
Senadores/as	17	0	14	1	2
Representantes	52	3	46	1	2
PARTIDO COLORADO					
Total legisladores/as	13	3	1	8	1
Senadores/as	3	0	1	2	0
Representantes	10	3	0	6	1
PARTIDO NACIONAL					
Total legisladores/as	47	0	0	47	0
Senadores/as	11	0	0	11	0
Representantes	36	0	0	36	0
PARTIDO INDEPENDIENTE					
Total legisladores/as	1	0	0	1	0
Representantes	1	0	0	1	0

Fuente: elaboración propia en base a *D.SS. A.G. 54*, tomo 88.

Estas tendencias se reafirman en la última votación en la Asamblea General a fines del 2008, donde se requería una mayoría de tres quintos de los presentes de cada Cámara para levantar el veto del Poder Ejecutivo a los artículos referidos a la despenalización del aborto (Cuadro 7). Otra vez el PC registra la mayor tasa de ausentismo, de casi un tercio de sus legisladores. Pero en esta ocasión el FA también registra una tasa mayor que en otras votaciones. Aunque esto se debe en parte al hecho de que algunos/as legisladores frenteamplistas no partidarios de la despenalización resolvieron no asistir o

retirarse de sala en vez de ir en contra de la posición mayoritaria de su fuerza política, también faltaron votos a favor, presumiblemente porque ya se sabía de antemano que no se iba a alcanzar levantar el veto. El PN, en cambio, marcó firmemente su postura a favor del veto con la presencia y voto de toda su bancada.

¿Una cuestión de género?

En un momento de su Exposición Verbal en 1985, el diputado colorado Pasquet plantea al elenco de la Cámara baja, compuesto exclusivamente por representantes varones: “Se me ocurre pensar que si en este Parlamento hubiera más integrantes del sexo femenino, y si a lo largo de la historia los hubiera habido, quizás fuera otra nuestra legislación sobre esta materia.”³¹ A pesar de la poca resonancia que tuvo esta preocupación en los debates posteriores, sin duda merece una reflexión en tanto la experiencia de abortar es privativa de las mujeres. Como sintetiza el médico forense, Dr Guido Berro, “El aborto en sí no existe como una elección, entelequia, una cosa aislada, ya que no existe si no hay una mujer. [...] no hay abortos, hay mujeres que se ven ‘forzadas’ a abortar”³². Cuando en 2001 la diputada Glenda Rondán declaró su intención de impulsar un plebiscito, uno de sus fundamentos fue que las mujeres deberían tener el derecho a decidir sobre la despenalización del aborto; al ser ella partidaria de la despenalización, se puede deducir que creía que la mayoría de la población femenina uruguaya compartía su posición. ¿Hasta qué punto, entonces, se puede hablar de un corte de género en las posiciones adoptadas por hombres y mujeres durante el debate parlamentario en el período bajo estudio?

Un primer indicador es el rol desempeñado por las legisladoras en la promoción de los proyectos de despenalización. Si miramos quiénes firmaron los proyectos presentados vemos que las legisladoras están sobrerrepresentadas en relación con el porcentaje que representan del elenco parlamentario o de su bancada partidaria. De los 12 firmantes del proyecto presentado en 1993, tres eran mujeres, en un momento cuando sólo un 6% del elenco de la Cámara baja era femenino. Dos de ellas posteriormente firmaron el proyecto de la Comisión de Bioética, siendo las únicas mujeres integrantes de ésta, junto con tres de sus cinco miembros varones. El proyecto de 1998 llevaba las

(31) *D.SS. C.RR.* 1830, tomo 618: 514.

(32) Ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre la Ley de Salud Reproductiva organizada por Brecha y Cotidiano Mujer, 26/09/2007.

firmas de cinco diputadas (todas las titulares y una suplente) y nueve diputados frenteamplistas, en una legislatura en la que un 13% de la bancada del FA era femenino. Asimismo, las 12 firmas en el proyecto de 2006 incluían las de las tres senadoras. También cabe recordar el rol desempeñado por legisladoras en más de una ocasión para asegurar o facilitar el tratamiento parlamentario de los proyectos (ver el Cuadro 3 arriba).

Un segundo indicador podría estar representado por las posiciones adoptadas por las legisladoras en las distintas instancias de votación, pero el hecho de que las mujeres constituyen una proporción tan pequeña del Parlamento hace que no sea un indicador fiable. De todas formas, el relevamiento de votos por sexo parece indicar que la variable partido político es la más significativa. En las votaciones el comportamiento de las legisladoras se ajusta al de sus correligionarios varones. Así, hay un solo voto en contra de una diputada del FA (Daniela Payssé) en 2002; en esa misma instancia las coloradas votaron divididas (Glen-da Rondán y Yeanneth Puñales a favor, Diana Saravia en contra, y Marta Montaner no asistió); y las blancas votan en contra en todas las instancias.³³

Finalmente, también interesa saber hasta qué punto el género representa un clivaje significativo en el caso de las actuaciones de actores no parlamentarios. Una aproximación cuantitativa a este indicador puede ser la distribución por sexo de las delegaciones que concurren a las comisiones parlamentarias durante el tratamiento de los proyectos. La composición por sexo de las delegaciones muestra un dominio de invitados masculinos: un 47,5% de las delegaciones estaban integradas únicamente por varones, frente a un 26,7% mixtas y un 25,7% femeninas. Si cruzamos la variable sexo con la posición que esas delegaciones manifestaron tener respecto a la despenalización del aborto (Cuadro 8), vemos que la mayoría de las delegaciones femeninas están a favor, mientras que en las delegaciones masculinas y mixtas predomina la posición contraria, siendo mayor la brecha en el caso de estas últimas.

Cuadro 8. Posición de las delegaciones, por sexo de sus integrantes

Composición de la delegación	Posición sobre despenalización		
	A favor	En contra	No dice
Masculina	41,7	43,8	14,5
Femenina	53,9	34,6	11,5
Mixta	40,7	51,9	7,4

Fuente: elaboración propia en base a Distribuidos de la C.SS. y Repartidos de la C.RR..

(33) La diputada Adriana Peña no estuvo presente en ninguna de las dos votaciones de 2008.

Evidentemente, estas cifras reflejan las características de las movilizaciones sociales en torno al debate parlamentario. Las organizaciones feministas –integradas mayoritaria pero no exclusivamente por mujeres– desempeñaron un rol central en la campaña a favor de la despenalización. En cambio, los voceros de la contra-campaña generalmente eran hombres, lo que sin duda está vinculado con el hecho de que esta campaña fue liderada por organizaciones religiosas, en cuyas jerarquías las mujeres ocupan lugares claramente subordinados.

Las argumentaciones esgrimidas en el ámbito legislativo³⁴

La instalación del tema del aborto en la agenda político-pública a lo largo de la última década, la amplia difusión de las voces de los diversos actores sociales promotores o detractores de la despenalización, y la discusión y votación de proyectos en sucesivas legislaturas ha generado una vasta acumulación de materiales de muy diversa naturaleza que se podrían tomar como fuentes para estudiar los argumentos de los dos lados. Los escasos estudios académicos que han abordado esta tarea se centran en las argumentaciones esgrimidas por los actores –principalmente los parlamentarios/as pero también los actores sociales– en el ámbito legislativo, concretamente en las instancias de exposición y debate en las comisiones y en el pleno de las Cámaras. La virtud de tomar como fuente las actas de los debates parlamentarios es que las posiciones de los actores tienden a ser presentadas clara y organizadamente, y se trata de un ámbito donde –por lo menos en teoría– la discusión se basa en posiciones debidamente informadas y expuestas a través de argumentos racionales.

Abracinskas y López (2007) incluye tres artículos que analizan desde diferentes enfoques el debate parlamentario sobre el proyecto de ley del 2002. Daniel Jones analiza los registros discursivos y argumentos de las sesiones de la Comisión de Salud Pública CRR y de la propia Cámara en pleno (durante el 2002), y las sesiones de la Comisión de Salud Pública del Senado (en 2003) y de esta Cámara en pleno (en 2004). El autor clasifica los argumentos utilizados en las intervenciones según una tipología de seis “registros discursivos” (ver el Cuadro 9 abajo).

(34) En este apartado no se pretende realizar una sistematización de los argumentos utilizados en el debate sobre la despenalización del aborto, sino ofrecer una breve revisión de la literatura que se propone a estudiar los mismos. Se pueden encontrar análisis –que parten de diversos enfoques conceptuales y miradas disciplinarias– de algunas de las argumentaciones centrales manejadas en el debate en los capítulos de Sarlo, de Moreira y de Andreoli en esta publicación.

Cuadro 9. Registros discursivos y argumentativos centrales en el debate parlamentario de la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva

REGISTROS DISCURSIVOS	ARGUMENTOS CENTRALES
médico salud pública estadístico	morbi-mortalidad materna(aborto primera causa) confiabilidad de los datos consecuencias de salud del aborto aborto como acto médico
biológico genético	inicio de la vida vida humana y persona humana
jurídico	utilidad de la penalización efectos de la despenalización derecho a la vida colisión de derechos constitucionalidad y tratados internacionales
ético moral religioso	dilema ético y problema ético ética particular y ética social cristianismo
político demográfico económico	laicidad, pluralismo y tolerancia envejecimiento de la población antecedente del nazismo y control de la natalidad a países periféricos analogía con desaparecidos
de género de clase social	derechos de la mujer inequidad de género injusticia social rol del padre

Fuente: Jones (2007: 59, Cuadro 1).

Mientras que esta clasificación refleja cabalmente las múltiples dimensiones del tema, lo que no deja en evidencia son los nexos explícitos e implícitos entre distintos registros. No sólo que en general las y los oradores apelan a más de un “registro discursivo” para fundamentar su posición, sino que también el argumento esgrimido con frecuencia se asienta sobre una premisa no explicitada que se remite a la cuestión filosófica ético-moral, que se discute en profundidad en los capítulos de Sarlo y de Andreoli en este libro.

También en Abracinskas y López (2007), Germán Bidegain se propone a rastrear en los discursos de las sesiones del Senado del 2004 aquellos argumentos que puedan vincularse con el debate académico entre las corrientes liberal, republicana y comunitarista sobre cuáles son las fronteras deseables entre el individuo, la comunidad y el Estado. El autor plantea que su estudio pretende brindar elementos “para comprender qué modelos de país se ponen en juego al discutir sobre este tipo de asuntos” (Bidegain, 2007: 99). Sus conclusiones señalan que, mientras que hubo un consenso generalizado respecto a la “importancia de la intervención estatal en la promoción de modelos de comportamiento deseables” –una visión de corte republicana o comunitarista–, la cuestión central respecto a qué postura debería tomar el Estado en materia penal relativa al aborto dividió claramente a los promotores y opositores de la despenalización en posturas liberal y no liberal respectivamente (Bidegain, 2007: 114-116).

Finalmente, en la misma publicación Franco González analiza cómo inciden, en la conformación de las posturas de los parlamentarios sobre el proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, sus creencias religiosas e ideología política, así como el sexo y la conciencia de las desigualdades de género. El autor concluye que “[p]uesto que las posturas a favor se justifican principalmente en las injusticias sociales, y las contrarias al proyecto en concepciones filosófico cristianas (y en general misóginas), las ideologías políticas y el grado de religiosidad se tornan relevantes”, lo que indica la relevancia de la composición social –además de la político-partidaria– del parlamento para la producción legislativa.

Por su parte, Castro (s. f.) realiza un detallado análisis de los debates parlamentarios, también sobre el proyecto que se discutió en la CRR y el Senado en 2002-2004, con el objetivo general de “contribuir a la mejor comprensión de los debates parlamentarios desde el punto de vista de la racionalidad de la argumentación”. En este sentido se propone

contribuir a clarificar los términos de la discusión, detectar las diversas posiciones y sus bloques argumentales, elaborar un catálogo de los argumentos utilizados en la discusión en referencia a las posturas planteadas, distinguir tipos de argumentos, advertir los distintos aspectos involucrados en la discusión del tema –sanitarios, éticos, de política legislativa u otros– y, en la medida de lo posible, descubrir estrategias argumentales (Castro, s. f. :12)

De forma similar que Jones (2007), Castro propone una serie de principales ejes argumentales: “datos de la realidad”; consideraciones religiosas; consideraciones morales; consideraciones jurídicas; y consideraciones médicas. A partir de esta tipología, la autora identifica los argumentos en base a los cuales las diversas posiciones se fundamentaban, señalando, además, posibles premisas no explicitadas como motivación de las diversas posturas sustentadas e identificando aquellos argumentos que quedaron sin respuesta.

Finalmente, Labastie (2009) ofrece un análisis de los debates sobre los derechos sexuales y reproductivos que surgieron en el marco de la discusión de los proyectos de ley de despenalización del aborto que se trataron en el parlamento entre 2002 y 2004. La autora identifica cuatro ejes centrales –derechos humanos, herramientas legales, enfoque bioética y democracia– en el discurso de lo que ella identifica como los dos actores colectivos centrales del debate: el movimiento feminista y la Iglesia Católica. Cierra su estudio planteando la necesidad de explorar en más profundidad la influencia que sigue ejerciendo esta última en la sociedad uruguaya y en la definición de las políticas públicas, aun cuando se ha cumplido ya un siglo de su separación del Estado y las encuestas de opinión pública manifiestan una postura mayoritaria contraria a la de la jerarquía eclesiástica.

Reflexiones finales

¿Cuáles son las perspectivas respecto a la aprobación de una nueva ley que despenalice el aborto en la legislatura 2010-2015? Claramente, al iniciarse la legislatura el panorama político era favorable. Aunque no estaba claro que la bancada oficialista incluyera un proyecto de despenalización del aborto entre sus primeras prioridades legislativas, había en esa bancada una presencia importante de legisladoras –reelectas y nuevas– que sí lo consideraban una prioridad y actuarían en consecuencia³⁵. Además, la inclusión de la despenalización del aborto en el programa de gobierno aprobado por el Congreso del FA consolidaba la posición favorable a la despenalización como una postura oficial partidaria, que podría conllevar la disposición de un mandato explícito en este sentido para los y las integrantes de su bancada parlamentaria. Si esta eventualidad se efectivizara, el hecho de que como resultado de las elecciones de 2009 el FA gozaba nuevamente de una mayoría parlamentaria propia indica que los votos estarían para aprobar tal ley. Y finalmente, la aprobación de la ley no se vería eclipsada por una amenaza de veto del Poder Ejecutivo: en más de una ocasión durante las campañas electorales del 2009 la fórmula presidencial frenteamplista aclaró en declaraciones públicas que, aunque no tomaría ninguna iniciativa para promover tal ley, tampoco la vetaría en caso de ser aprobada.

(35) Efectivamente, ya luego de completado el trabajo de campo de esta investigación, se presentaron dos nuevos proyectos de ley de despenalización del aborto, ambos redactados por representantes del FA.

Bibliografía citada

- Alexy, Abdala, W. (2007). “El referéndum consultivo”. Ponencia presentada en el Seminario “Aborto en Uruguay. Consenso social, conflicto democrático”, organizado por MYSU, Montevideo (18/10/2007).
- Abracinskas, L. (2004). “La mayoría del senado uruguayo perdió la oportunidad de pasar a la historia”. En Cotidiano Mujer, *63% a favor. Ley de Salud Reproductiva. Encuesta realizada por Equipos Mori*. Montevideo: Cotidiano Mujer.
- Abracinskas, L. y A. López Gómez (coords.) (2007). *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. y A. López (2006). “Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática”. En Susana Checa (comp.), *Aborto, realidades y coyunturas*. Buenos Aires: Paidós. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/publicaciones/pdf/articulos/analisis_feminista.pdf
- Anexo I al Repartido 637 de la Cámara de Representantes (noviembre 2002).
- Berro, G. (2007). Ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre la Ley de Salud Reproductiva organizada por Brecha y Cotidiano Mujer, 26/09/2007. Disponible en http://www.cotidianomujer.org.uy/debate/mesa_26set07.htm#2
- Bidegain, G. (2007). “Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre el aborto. Estudio desde las corrientes liberal, comunitaristas y republicana”. En L. Abracinskas y A. López Gómez (coords.), *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Bottinelli, O. (2008). “De vetos, propios y extraños”, diario *El Observador* (16/11/2008).
- Bottinelli, O. (2010). “La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, N° 1.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condicines de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: SMU.
- Castro, A. (s. f.). “Análisis sobre la racionalidad argumentativa del discurso parlamentario sobre el proyecto de ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por la mujer”. Informe final del Proyecto CSIC I+D, llamado 2004, inédito.
- Cotidiano Mujer, CLADEM, IMS, RUDA (2008). “Sistematización de actas del Parlamento uruguayo sobre el aborto, 1985-2008”. Documento presentado a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes el 17 de junio de 2008.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes*, números 1821, 1830 (1985); 2237 (1991); 2400 (1993); 2764 (1998); 3082-3087 (2002); 3546 (2008).
- Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores*, números 320, 321, 323 (2004); 93 (2006); 178, 179, 181 (2007); 253 (2008).
- Diario de Sesiones de la Asamblea General*, número 54 (2008).

- Distribuidos de la Cámara de Senadores: 2218 (junio 2003); 2274 (julio 2003); 2330 (agosto 2003); 2347 (agosto 2003); 2348 (agosto 2003); 2361 (agosto 2003); 2387 (setiembre 2003); 2388 (setiembre 2003); 2397 (setiembre 2003); 2398 (setiembre 2003); 2411 (setiembre 2003); 2487 (octubre 2003); 2488 (octubre 2003); 2517 (octubre 2003); 2536 (noviembre 2003); 2537 (noviembre 2003); 2538 (noviembre 2003); 2543 (noviembre 2003); 2544 (noviembre 2003); 2545 (noviembre 2003); 2554 (noviembre 2003); 2555 (noviembre 2003); 2567 (noviembre 2003); 2568 (noviembre 2003); 1160 (setiembre 2006); 1358 (noviembre 2006); 1634 (mayo 2007); 1694 (junio 2007); 1832 (julio 2007); 1841 (julio 2007); 1850 (julio 2007); 1855 (julio 2007); 1873 (agosto 2007); 1894 (agosto 2007); 1913 (agosto 2007); 1940 (setiembre 2007); 1961 (setiembre 2007); 1980 (setiembre 2007); 2051 (octubre 2007); 2079 (octubre 2007).
- Editorial “La ley y la moral”, *El País*, 23/11/2008.
- Frente Amplio (2008). “Programa de gobierno 2010-2015”, aprobado en el V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini del Frente Amplio (13-14/12/2008). Montevideo: Frente Amplio.
- González, F. (2007). “La conformación de posturas en el Parlamento”. En L. Abracinskas y A. López Gómez (coords.), *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Jones, D. (2007). “El debate parlamentario sobre la ‘Ley de Defensa de la Salud Reproductiva’ en Uruguay (2002-2004)”. En L. Abracinskas y A. López Gómez (coords.), *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Labastie, M. (2009). “10 años de discusión: Ley de Derechos sexuales y Derechos Reproductivos”. Informe final del Proyecto CSIC de Iniciación a la Investigación, llamado 2006, inédito.
- Moreira, C. (2009). *La izquierda en el gobierno: Nuevos escenarios de poder en Uruguay y América Latina*. Montevideo: Trilce.
- Partido Colorado (1984). *Por un Uruguay para todos*. Programa de Principios y Carta Orgánica del Partido Colorado. Montevideo: Diario El Día.
- Repartido 637 de la Cámara de Representantes (junio 2001).
- Sanseviero, R. (2004). “Aborto en Uruguay: Entre la complacencia y el malestar”, artículo inédito.
- Sanseviero, R., S. Rostagnol, M. Guchín y A. Migliónico (2003). *Condena, tolerancia y negación: El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.
- Versiones Taquigráficas de las sesiones de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social: 09/04/2002; 16/04/2002; 21/05/2002; 16/07/2002; 17/07/2002; 24/07/2002.

Despenalización del aborto y representación política en el laico Estado uruguayo: moral/voluntad privada vs. moral/voluntad pública

Constanza Moreira

El puntapié inicial que aún no pudo ser: la despenalización del aborto como una política introductoria de un “tercer batllismo” en el laico Uruguay

La innegable excepcionalidad que, hacia las primeras décadas del siglo XX, Uruguay supo consagrar en el concierto latinoamericano e incluso a nivel mundial, en materia de extensión de los derechos sociales, económicos y políticos, conduce ineludiblemente a la referencia de la experiencia batllista en el país.

A contrapelo de lo que ocurría en el resto de sus países vecinos, el Uruguay, a través del Estado Batllista que comenzó a edificarse en el novecientos –y que no estuvo exento de antecedentes en las postrimerías del siglo anterior–, desarrolló una política capaz de ser más moderna que su propia sociedad, sancionando una legislación social “de avanzada” que incluía el derecho al divorcio, la limitación de la jornada laboral de los trabajadores

en ocho horas diarias, normativas relativas a los derechos de las mujeres, la abolición de la pena de muerte y la supresión de la enseñanza religiosa en las escuelas públicas, entre otras medidas.

La temprana separación entre el Estado y la Iglesia se inscribe en esta política vanguardista que se forjó durante el primer batllismo y se reafirmó con el segundo. Una de las claves para entender los mitos de la “Suiza de América” reposa entonces en el éxito del batllismo en adelantarse a su propio período histórico, impulsando políticas públicas antes de que estas siquiera se demandaran desde el seno de la sociedad civil. En su momento, ello significó enfrentar fuertes conflictos con la Iglesia Católica (así como con los militares y con los estancieros, entre otros grupos de poder), porque ser de avanzada inexorablemente lleva al conflicto (¿qué legado histórico se obtuvo sin enfrentamientos?). Mas en el campo de las leyes sociales el batllismo ganó la pulsera, logrando que por larga data el laico Estado uruguayo estuviera siempre unos pasos adelante de la sociedad, oficiando como “escudo de los débiles” aún cuando aquella, en un estadio más atrasado, todavía no lo reclamara.

En el marco de esta tradición heredada, los ciudadanos uruguayos no sólo tienden a esperar que sus gobernantes y legisladores los representen, sino también que exhiban la capacidad de anticiparse a los tiempos que corren, no que los corran de atrás.

Cuando en noviembre de 2008, tras un periplo de más de 20 años de debate público y de proyectos de ley que naufragaron una y otra vez, el Poder Legislativo finalmente aprobó la ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, estableciendo la despenalización del aborto voluntario en Uruguay, la política pareció erigirse nuevamente a la vanguardia. En ese sentido, aún cuando la demanda por soluciones al tema del aborto ilegal ya estaba instalada desde hacía tiempo en la sociedad civil, la sanción de esta normativa significaba un hito histórico (que fue difundido como tal en la prensa internacional), y durante un breve lapso, generó la sensación de que un “tercer batllismo” podría abrirse paso. El Estado estaba haciendo frente a un problema público y notorio, y asimismo, habida cuenta que las mujeres que más arriesgan su salud física y más se exponen a la muerte por practicarse abortos inseguros, son las de menor capital social, estaba promoviendo una política pública en la que se escudarían las más débiles y vulnerables.

Pero la tímida impresión de que un nuevo batllismo se avizoraba, rápidamente se desvaneció cuando el entonces presidente de la República, el Dr. Tabaré Vázquez, haciendo uso del recurso constitucional del veto, desactivó la flamante normativa, retornándose a foja cero y colocándose la política no sólo unos cuantos pasos atrás de la sociedad, sino también de espaldas a la misma.

Una propuesta de legislación promovida por los representantes parlamentarios y apoyada por la mayoría de los representados

El Parlamento uruguayo conoce pocos proyectos de ley como los que desde 1985 se han presentado para despenalizar el aborto. Dos terceras partes de las leyes que el Poder Legislativo aprueba corresponden a proyectos enviados por el Poder Ejecutivo, con lo cual sólo una tercera parte tiene su origen en el Parlamento. Sin embargo, es el Parlamento el que presenta más iniciativas legislativas (es responsable por el 60% de los proyectos de ley presentados en cada legislatura). Lo que sucede es que no detenta tanto poder como los gobiernos (representados por sus Ejecutivos), siendo éstos los que imponen su agenda de políticas a través de sus mayorías legislativas. Esto es lo que ha acontecido desde el inicio del primer gobierno democrático hasta la fecha: con independencia del partido que estuviera en el gobierno, el Parlamento aprueba, en su gran mayoría, los proyectos que el Ejecutivo le envía. Sin embargo, los sucesivos proyectos de ley orientados a descriminalizar la práctica del aborto en el país pertenecen a ese conjunto de leyes elaboradas y presentadas, por representantes parlamentarios.

A su vez, junto con la iniciativa (que en este caso respondería a atender una demanda que ya se percibía latente, antes que a la anticipación de la misma) promovida por legisladores de diferentes partidos (fundamentalmente del Frente Amplio (FA), pero también del Partido Colorado, y en menor medida del Partido Nacional) a lo largo de más de dos décadas,¹ se fue sedimentando también una voluntad “pública” por arribar a una solución respecto al tema en cuestión. Dicha voluntad radicada en la sociedad civil, tardó años en construirse y no se explica a partir de una acumulación de votos; ni de la voluntad de un partido (algo que muchas veces se confunde con la “voluntad pública”). Comenzó, “desde abajo”, como una demanda subterránea, clandestina, y fue recogida por organizaciones civiles defensoras de los derechos de las mujeres, tales como las agrupaciones feministas; por grupos de médicos que tomaron partido a favor de la despenalización; por la Universidad de la República; por el PIT-CNT; por la plataforma de muchos de los sectores que conforman el FA.

Paralelamente, los estudios de opinión pública realizados por distintas empresas consultoras muestran que los apoyos a la despenalización del aborto

(1) Ver el análisis de las posturas partidarias ante la despenalización del aborto en el capítulo de Johnson en este libro.

han ido *in crescendo* con el paso del tiempo. En este sentido, las encuestas realizadas por Factum desde comienzos de la década de los noventa, registran que las adhesiones a la despenalización hasta 2007 habían oscilado entre el 55% (1993) y el 63% (2003), situándose en 2007 en el 61% de los entrevistados. Concomitantemente, las posiciones contrarias alcanzaron un máximo del 38% (entre 1993 y 1997) y un mínimo de 27% hacia 2007. A su vez, el “no opina” que siempre se ubicó entre el 6% y el 8%, trepó en 2007 al 12%.

De esta manera, la voluntad colectiva de la mayoría de la ciudadanía se veía contemplada en la iniciativa de parte de sus representantes parlamentarios, mas no así desde el Poder Ejecutivo.

El veto de la moral/voluntad privada sobre la moral/voluntad pública

Los estudios sobre vetos presidenciales indican que la mayoría de los mismos se ejercen cuando el Poder Ejecutivo no dispone de una mayoría parlamentaria propia, o cuando su bancada es muy débil o muy indisciplinada, y especialmente, cuando una bancada “hostil” quiere imponerle una legislación con la que no coincide o a la que por diferentes motivos no puede hacer frente. No es de extrañar entonces que el grueso de los vetos se produzcan por cuestiones presupuestales, aprobándose en el Parlamento gastos que le impiden al gobierno cerrar las cuentas y que por consiguiente, decide vetar. Esto tiene una lógica muy clara: el responsable por las finanzas públicas es el Ejecutivo, por consiguiente, se “reserva” una discrecionalidad muy grande en materia de gasto.

Pero ese no fue el escenario en el que el ex Presidente Vázquez vetó los artículos de la ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que despenalizaban el aborto voluntario. De hecho, el Presidente vetó a su propia bancada (la mayoría de los legisladores que votaron la ley pertenecían al FA), que además es mayoritaria en ambas Cámaras y altamente disciplinada. Que exista un conflicto de poderes entre Ejecutivo y Legislativo no es inusual. Lo que sí es inusual es que este conflicto se exprese entre el ala “presidencial” (puesto que la mayoría de los miembros del gabinete no acompañaron espontáneamente la decisión del primer mandatario) y la bancada parlamentaria de un mismo partido.

Para fundamentar la medida, el ex mandatario esgrimió razones biológicas que se entrelazan con motivos éticos y de conciencia. El argumento desplegado reposó en que existe vida humana desde el momento de la con-

cepción, siendo el deber de toda nación civilizada el proteger a esa nueva existencia, el proteger a los más débiles.

No obstante, el veto presidencial del Dr. Vázquez, no está en consonancia con la postura asumida por sus colegas galenos del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). El 27 de abril de 2004, el Comité Ejecutivo del SMU había realizado una declaración pública en la cual sostenía que “los médicos en general y el SMU en particular” creen que “resulta inadmisibles que haya una mortalidad materna de 23 cada cien mil nacidos vivos y que una de cada tres muertes maternas ocurridas entre 1997 y 2001 hayan sido a causa de complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo”. Señalaban asimismo que “la legislación actual en Uruguay viola todas y cada una de las principales características de la asistencia en salud”, y que no ha logrado disminuir el número de abortos inducidos, sino que ha contribuido a su incremento. Frente a estas señalizaciones, “el SMU considera su deber expresar su posición a favor de la despenalización del aborto, en el entendido de que dicha modificación legal no obliga ni estimula, sino que, por el contrario, como ha sido demostrado por la experiencia internacional, disminuye su práctica”.

A su vez, aún cuando en su fundamentación Vázquez no hizo referencia alguna a móviles de corte confesional, su condición personal de católico siempre fue de público conocimiento. Y en esta línea, independientemente que tanto su credo religioso como su posicionamiento contrario al aborto fueran un dato de la realidad por todos conocido, no deja de ser sumamente significativo y hasta simbólico, que tras un encuentro con Monseñor Nicolás Cotugno, Arzobispo de Montevideo (quien amenazó con excomulgar a aquellos legisladores que votaran a favor de la ley), el ex mandatario concretara su intención de vetar los artículos “más polémicos” de la ley.

Es claro que la ley afectó diversos intereses, en particular los de la Iglesia Católica, revelando un vínculo entre Iglesia y política que la tradición laica de Uruguay había minimizado. Este vínculo ya había quedado manifiesto en 2004, cuando el entonces Presidente Jorge Batlle había amenazado con vetar otro proyecto de ley relativo a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, en caso que el mismo fuera aprobado por el Poder Legislativo. En aquella oportunidad Batlle había argumentado que su posición se debía a un acuerdo que a instancias del balotaje de 1999 había celebrado con la Unión Cívica, un pequeño partido sin representación parlamentaria y de extracción católica, que le había conferido menos del 5% de los votos y con el que el ex mandatario se había comprometido a vetar cualquier iniciativa orientada a la despenalización. Estudios de opinión pública efectuados en esos días, revelaron que el 61% de los entrevistados se manifestaba en contra de un veto presidencial de esa dirección.

En este marco, cabe preguntarse sobre el peso que, en forma más o menos directa, tiene la Iglesia en el tempranamente secularizado Estado uruguayo, y hasta qué punto ha venido primando una moral religiosa, ergo privada, por sobre la moral pública. Las convicciones religiosas son parte de la moral privada, y en un país libre y democrático, quienes quieran suscribir a esa moralidad están su absoluto derecho de hacerlo. Este aspecto es muy importante porque, tal como lo muestran las encuestas, una de las principales variables que influye en la opinión de los ciudadanos en relación al tema del aborto, es precisamente la religión. Esto no significa que muchas personas que confiesan pertenecer y practicar una religión no estarían afines a la despenalización, pero los ateos se presentan como mucho más favorables en ese sentido, que quienes expresan convicciones religiosas de distinto índole.

Ahora bien, en un régimen democrático, las decisiones colectivas no pueden quedar libradas a una discrecionalidad privada, y en un Estado laico, los credos religiosos no pueden orientar las definiciones públicas. La voluntad o la moral individual no pueden prevalecer sobre la voluntad “pública”. Justamente eso significa república: la cosa (*res*) pública, lo que es de todos, decidido entre todos. Y el más democrático ámbito para reglar una norma pública que ofrezca una solución colectiva a un acto que las mujeres practican en función de una decisión privada, no es otro sino el Parlamento.

Los parlamentarios entre la ética de la convicción privada y la ética de la responsabilidad pública

Uno de los roles fundamentales, y en última instancia, el primer rol inherente a la función de los parlamentarios, remite a la representación de los ciudadanos. Para ser parlamentario se necesitan votos, adhesiones ciudadanas; no se requieren habilidades especiales, ni estudios universitarios, ni siquiera ser una excelente persona, se necesita representar al ciudadano. Por supuesto que todos querríamos que los parlamentarios fueran lo mejor de todos nosotros, aunque seguramente difícilmente arribaríamos a un consenso sobre qué es lo mejor de todos nosotros. Pero lo que sí es claro es que la legitimidad de los parlamentarios yace en su representación.

Al momento de tomar decisiones colectivas, un parlamentario debería entonces basarse en el estado de la conciencia pública sobre un tema y nunca en función de su conciencia privada. Y si su conciencia privada le impide tomar posiciones, también lo inhabilita para tomar decisiones. La conciencia privada nunca puede anteponerse a la conciencia pública, eso forma parte del principio político por el cual los parlamentarios ocupan el lugar que ocupan, que no es si no el lugar más representativo de la democracia.

Los estudios de opinión pública concluyen en que la amplia mayoría de los ciudadanos está a favor de la despenalización del aborto, y es a esta “conciencia pública” a la que debe acudir para decidir. Esto es exactamente lo que quiere decir la frase artiguista “*mi autoridad emana de vosotros y ella cesa por vuestra presencia soberana*”. Y en un laico país donde el Estado estuvo desde muy temprano al servicio de escudar a los más desprotegidos, debe prevalecer entre los representantes una ética de la responsabilidad pública, sobre una ética de la convicción privada.

Bibliografía

- Bottinelli, O. (2007). “El aborto: una aparente disociación entre la sociedad y el sistema político”, publicado en radio *El Espectador*, programa *En Perspectiva*, espacio Análisis Político, 19/10/2007.
- Moreira, C. (2004). *Final de juego. Del bipartidismo tradicional al triunfo de la izquierda en Uruguay*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Moreira, C. (2007a). “Despenalización del aborto, veto presidencial y opinión pública”, publicado en diario *La República*, 19/03/2007.
- Moreira, C. (2007b). Ponencia presentada en la Mesa Redonda sobre la Ley de Salud Reproductiva organizada por *Brecha* y *Cotidiano Mujer*, 26/09/2007.
- Moreira, C. (2007c). “Aborto: el debate sigue en pie”, publicado en diario *La República* 22/10/2007.
- Moreira, C. (2008). “República”, publicado en diario *La República*, 17/11/2008.

La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales

**Niki Johnson, Alejandra López Gómez
y Marcela Schenck**

El recorrido del tratamiento del tema de la despenalización del aborto en la agenda legislativa que se presentó en un capítulo anterior revela claramente que ha sido un debate no sólo que trasciende esa agenda, sino que su inserción en la agenda político-pública responde principalmente a las acciones de incidencia desarrolladas por diversos actores sociales. Asimismo, dejó en evidencia que, aunque a lo largo del período bajo estudio se han perfilado posiciones mayoritarias en distintas colectividades políticas, es un tema que sigue cruzando y dividiendo a los partidos políticos uruguayos. Ya que la función de éstos es mediar y representar las demandas e intereses de la sociedad en su conjunto, cabe entonces indagar cuáles son las opiniones y actitudes de la ciudadanía uruguaya respecto a la despenalización del aborto.

Desde las ciencias sociales hay dos principales estrategias de investigación que permiten una aproximación a la pregunta “¿Qué piensa la sociedad?”. Por un lado, a través de las encuestas de opinión, que indagan las actitudes y comportamientos de la ciudadanía en general, o de determinados sectores sociales, a partir de una muestra cuyas opiniones se pueden considerar generalizables al total del universo estudiado. Por otro lado, se puede tomar el pulso de una sociedad estudiando las colectividades organizadas de la sociedad civil

que canalizan opiniones y demandas hacia la opinión pública en general, y hacia el sistema político en particular, a través de distintas modalidades de organización y movilización.

En la primera sección de este capítulo se ofrece un panorama general de cómo ha evolucionado la opinión sobre la despenalización del aborto del público en general durante el período post-dictadura, y de las élites uruguayas a partir del año 2000. La segunda parte del capítulo se centra en las expresiones sobre el tema que han surgido desde distintos movimientos y organizaciones sociales, también desde el retorno a la democracia.

La opinión de la sociedad uruguaya a través de las encuestas

Las encuestas de opinión pública recogen actitudes o comportamientos de la sociedad en general, usando metodologías que buscan asegurar que los resultados reflejen lo más fielmente posible la distribución de distintas posiciones sobre determinados asuntos en cierto momento en el conjunto de la sociedad. También visualizan las diferencias entre los sectores que la componen, según una serie de variables que corresponden a los clivajes sociales que se consideran los más significativos en términos de la diferenciación de opiniones, tales como edad, sexo, nivel educativo y socioeconómico, lugar de residencia, etc. Otra variable importante para el tema de este estudio es la auto-identificación partidaria, ya que nos permite corroborar hasta qué punto las posiciones adoptadas por los actores parlamentarios conciben con la opinión mayoritaria de sus votantes.

Además de las encuestas de opinión pública, también son relevantes para este estudio las encuestas de élites. Éstas buscan averiguar las actitudes de los miembros de una sociedad que se pueden considerar de alguna manera los de mayor “poder”, ya sea político, económico o social, y como formadores de opinión.

¿Qué opina el público en general sobre la despenalización del aborto?

Desde principios de los noventa, las principales consultoras uruguayas, Factum, Cifra, Equipos Mori e Interconsult, entre otras, han publicado los resultados de encuestas que preguntan la opinión del público sobre la despenalización del aborto, aunque no todas han incluido esta pregunta de forma

sistemática en sus sondeos a lo largo del período. Tampoco todas las encuestas formulan la pregunta de la misma manera, lo que dificulta un análisis que busca incorporar los datos de todas. Cabe asimismo señalar la importancia que tiene la formulación concreta de la pregunta, en tanto si ésta no está formulada de manera neutra, el sesgo puede inducir a que la persona entrevistada elija una determinada opción:

Quando se pone en la cabeza de la gente el drama de la muerte [de mujeres] por abortos clandestinos y se pregunta si no hay que terminar con eso, se obtiene un mayor apoyo a la liberalización. Si se pregunta si hay que seguir permitiendo que se maten niños antes de nacer, se obtiene un menor porcentaje de apoyo al aborto. (Bottinelli, 2010: 19)

Selios (2007) ofrece un análisis de los datos agregados de las encuestas realizadas por las distintas consultoras desde 1993 hasta 2004, presentando promedios para aquellos años en que existe más de una fuente de información. Como resultado de este ejercicio, se constata el creciente posicionamiento a favor del cambio legal de la población uruguaya, en particular a partir del 2001, llegando a un 63% a favor de la despenalización en 2004 (Selios, 2007: 162). Concomitantemente, la más polémica de las circunstancias habilitadas por el proyecto que se debatió en el Parlamento en este período –el derecho de la mujer a decidir en las primeras 12 semanas del embarazo– sube de un 22% de aprobación en 1994, hasta un nivel de apoyo que varía entre un 40% y un 53% en las tres encuestas realizadas en 2004 (ídem: 163).

Desde 1992 Factum ha incluido la misma pregunta sobre la despenalización del aborto¹ en su Encuesta Nacional, lo que permite realizarse un análisis longitudinal de la evolución de la opinión pública uruguaya en esta materia a lo largo de un período de 15 años (ver Bottinelli, 2010). Según los datos recogidos por Factum, el apoyo a la despenalización ha variado entre un 55% y un 63%, mientras que la posición contraria ha oscilado en un rango de 38% a 27%. También cabe mencionar que son muy pocas las personas que no opinan –entre el 6% y el 12%.

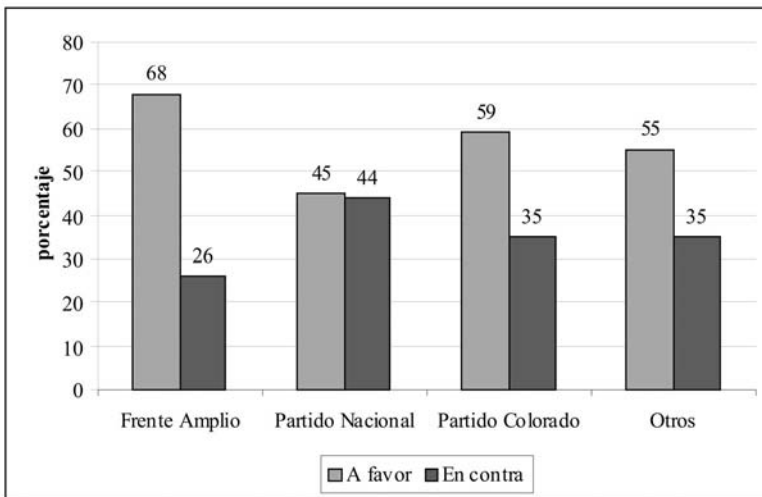
Respecto a estas cifras, el autor hace las siguientes observaciones. En primer lugar, señala que “el piso del apoyo a la despenalización dista 17 puntos del techo de su rechazo. Esto lleva a concluir que la sociedad tiene laudado el tema, en postura dividida pero con nítida prevalencia del apoyo

(1) Luego de una breve introducción que refiere a la actual situación de la despenalización (como, por ejemplo, su tratamiento en el Parlamento), se pregunta: “En relación a una ley que permite a las mujeres recurrir libremente al aborto dentro de las primeras 12 semanas del embarazo, ¿Está Ud. a favor o en contra?” (Bottinelli, 2010: 18-19).

a la despenalización en las condiciones indicadas” (Bottinelli, 2010: 17). Este, entonces, sería un primer indicador de la brecha entre la opinión de la ciudadanía uruguaya y la acción de sus representantes en el Parlamento, en tanto las votaciones sobre la despenalización en ambas Cámaras fueron todas muy ajustadas. Por otro lado, destaca el hecho de que las posturas son relativamente estables y que además hay una tasa muy baja de personas sin opinión, lo que le lleva a concluir que “éste es un tema donde las posturas de la gente son claramente consolidadas y que están más allá de vaivenes económicos y políticos” (Bottinelli, 2010: 25).

Los datos desagregados según las distintas variables sociales² muestran las variaciones entre diferentes segmentos de la sociedad uruguaya. Una primer observación que merece hacerse es que la postura favorable a la despenalización predomina en todos los segmentos menos tres: las personas con un nivel educativo bajo (sólo primaria completa o incompleta); los católicos/as de alta religiosidad; y miembros de otras religiones. Lo más interesante para los propósitos de este estudio son los datos desagregados por “inclinación política”, definida según la intención de voto en un escenario hipotético de elecciones inmediatas.

Grafico 1. Opinión respecto a la despenalización del aborto, por inclinación política



Fuente: Bottinelli, (2010: 21).

(2) Bottinelli (2010) incluye los datos según área geográfica, inclinación política (identificación partidaria), sexo, edad, nivel socioeconómico, educación y actitud religiosa.

Como muestra el gráfico, la posición favorable a la despenalización registra una amplia mayoría entre los encuestados/as frente a amplistas (68%) y colorados (59%). Pero sin duda, lo más destacable es que la postura favorable al cambio legal inclusive predomina entre los votantes del PN, aunque solamente por un punto porcentual –un 45% a favor, un 44% en contra– lo que habla de un escenario absolutamente dividido. En este caso queda claramente evidente el desfase entre lo que hacen los partidos y lo que piensan sus votantes en esta materia.

Mientras que en la mayoría de los casos las empresas incluyen la pregunta sobre el aborto (o su despenalización) en alguna encuesta “ómnibus” (es decir, que cubre una variedad de temas), hay dos casos de encuestas, ambas realizadas en el año 2004, dedicadas enteramente al tema de los derechos sexuales y reproductivos. La primera fue realizada por Equipos Mori para la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva en abril de 2004, cuando el proyecto de ley estaba bajo discusión en el Senado, y contenía 12 preguntas relacionadas directamente con esta iniciativa legislativa y con el contexto electoral vigente. Surgieron opiniones divididas frente a la pregunta de si se estaba de acuerdo o no con permitir a la mujer interrumpir su embarazo en los primeros tres meses (45% a favor y 47% en contra). Sin embargo, entre las personas que tenían conocimiento del proyecto bajo discusión, el porcentaje de apoyo aumenta a un 56%; asimismo, cuando se pregunta la opinión respecto a la aprobación de una ley que incluya este contenido, junto con el acceso a métodos anticonceptivos y programas de educación sexual en escuelas y liceos (que eran de hecho los principales contenidos del proyecto bajo discusión), se registra una tasa de aprobación de un 63% (Cotidiano Mujer, 2004). Es decir, por un lado, el público más informado sobre la ley mostraba una mayor tendencia a estar a favor de la despenalización del aborto, y por otro lado, una mayoría de todas las personas apoyaban la despenalización en un marco de otras acciones que garanticen la salud sexual y reproductiva. Estos datos también conciben con la tendencia global de crecimiento del apoyo a la despenalización señalada por Selios (2007). Ésta registra un aumento sostenido en el período 2001-2004, período en que el debate parlamentario del proyecto de ley de defensa a la salud reproductiva genera una amplia difusión de información sobre el tema en los medios masivos de comunicación.

También son relevantes las opiniones recogidas en la encuesta de Equipos Mori respecto al tratamiento político del tema. Por un lado, la renuencia del sistema político de tratar el tema en un año electoral no condecía con las preferencias expresadas por la ciudadanía en esta encuesta: un 57% opinaba que los candidatos y partidos deberían discutir sobre los temas incluidos en el proyecto de ley, y un 61% que los partidos deberían definir su posición sobre estos temas

ante el electorado. Con respecto a la intención de veto anunciada por el candidato presidencial del PC, Jorge Batlle, un 61% dijo no estar de acuerdo con tal medida.

La opinión de las élites uruguayas

Desde 2001 el Instituto de Ciencia Política (Facultad de Ciencias Sociales, Udelar) realiza anualmente la Encuesta Permanente de Elites (EPE), en la cual se pregunta a una muestra de 110 miembros de la élite uruguaya su opinión sobre diversos temas. Lo que sigue se basa en el artículo de Daniel Buquet (2010) que, a partir de los resultados de la EPE, analiza la actitud de la élite uruguaya hacia la despenalización del aborto.

Como se mencionó más arriba, las encuestas de élites relevan las opiniones de un estrato social en particular de la sociedad, cuyos miembros se diferencian del resto por tres características:

i) en primer lugar ocupan un lugar preeminente en los procesos de toma de decisiones públicas o con gran impacto público; ii) en segundo lugar se trata de un estrato que maneja altos niveles de información que muchas veces no es pública; y iii) finalmente la elite es un grupo que tiene una capacidad privilegiada para influir en la opinión pública y en comportamientos colectivos. (Buquet, 2010: 31)

La EPE selecciona su muestra de los tres grupos principales de élites: la élite política, que incluye fundamentalmente a parlamentarios/as y “gobernantes” (Poder Ejecutivo, intendentes y directores de entes autónomos); la élite social, que abarca principalmente dirigentes de las cámaras empresariales y sindicales; y la élite intelectual, que incluye entre otros a periodistas, académicos/as y escritores. La muestra tiene un importante sesgo por sexo –un 80% de varones y un 20% de mujeres– lo que refleja el hecho de que “se trata de estratos sociales muy «masculinizados»” (Buquet, 2010: 33).

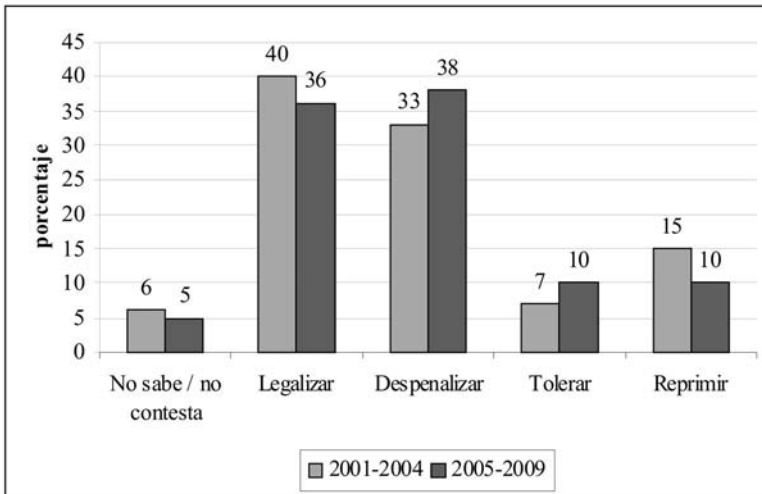
La pregunta que se les hace a los encuestados/as es “Con respecto a la práctica de abortos, ¿cuál de las siguientes opciones cree usted que es la más apropiada?”, pidiéndoles elegir entre cuatro posibles respuestas: 1) la legalización; 2) la despenalización; 3) la tolerancia; y 4) la represión. Como explica Buquet (2010: 33):

la opción “legalizar” significa que abortar sea legal en general y no se hace referencia a condiciones particulares o a restricciones como las que establecía la ley

vetada en la administración pasada. La opción “despenalizar” no quiere decir que sea legal, pero significa que no es un delito o que no existe una pena como consecuencia de abortar. Por su parte, “tolerar” se interpreta como la actitud del gobierno uruguayo generalizada en las últimas décadas. O sea, el aborto está prohibido, pero no existen políticas que se preocupen por perseguir ese delito. La opción que llamamos “reprimir”, refiere a hacer valer el marco jurídico vigente. Es decir, no sólo mantenerlo, sino también perseguir la práctica del aborto.

El siguiente gráfico muestra las opiniones expresadas por la élite uruguaya en los dos últimos períodos de gobierno.

Gráfico 2. Opciones de la élite uruguaya frente al aborto

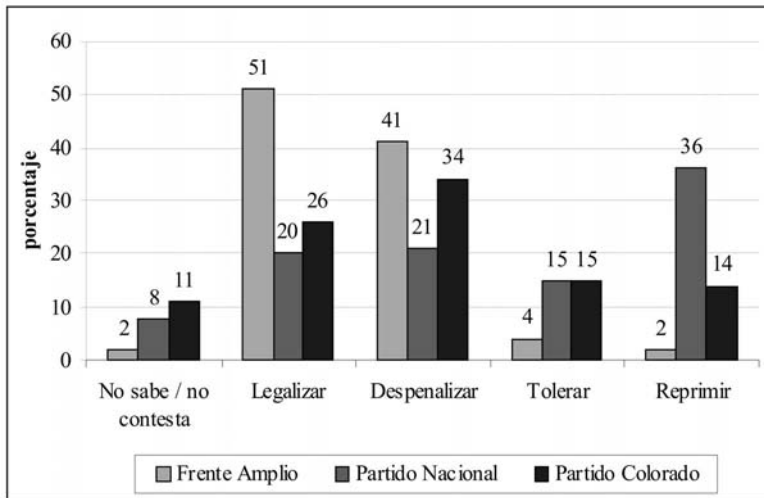


Fuente: Buquet (2010: 34).

Como se ve, una amplia mayoría de las élites optaría por un cambio en la legislación vigente: en ambos períodos casi las tres cuartas partes de las élites (73% y 74%) se pronuncian a favor de la legalización o despenalización del aborto. En cambio, las opciones de tolerar o reprimir suman 20% o menos en ambos períodos, y sólo una pequeña proporción de los encuestados/as no tiene opinión (5-6%). Además, estas opciones favorables al cambio legal han sido bastante estables durante los últimos 9 años, y las pequeñas diferencias registradas apuntan a una “leve disminución de la polarización” en tanto las posiciones “extremas” –legalizar y reprimir– bajaron y las opciones intermedias aumentaron (Buquet, 2010: 34).

Cuando se analizan las diferencias según la pertenencia partidaria de las élites³, los datos coinciden bastante con las tendencias señaladas en el capítulo anterior (ver el Gráfico 3).

Gráfico 3. Opinión de las élites sobre el aborto por partido político, 2001-2009



Fuente: Buquet (2010: 35).

El Partido Nacional es el único partido que manifiesta una posición mayoritaria contraria a reformar la actual ley, sumando un 51% entre las opciones “tolerar” y “reprimir”, aunque cabe notar que más del 40% de los entrevistados/as blancos/as se expresó a favor de la legalización (20%) o despenalización (21%), una proporción que no fue evidente en las votaciones parlamentarias. Por contraste, la inmensa mayoría de las élites frenteamplistas –un 92%– está a favor de la legalización o despenalización el aborto, lo que coincide estrechamente con la votación de la bancada parlamentaria frenteamplista. En el caso de ambos partidos, es la opción extrema que recaba el mayor nivel de apoyo: un 36% de la élite blanca opta por “reprimir”, y un 51% de la frenteamplista por “legalizar”. Las élites coloradas, por su parte, muestran opiniones más divididas, un escenario parecido al que surgió del debate parlamentario, aunque una mayoría apoya el cambio legal (un 60%), mientras que el 29% opta por la posición contraria (dividido en partes iguales entre la tolerancia y la represión); y también son las

(3) “Pertenencia partidaria” incluye tanto miembros como votantes (en la última elección) de los tres principales partidos políticos uruguayos.

que registran el porcentaje más alto sin opinión (un 11%, frente a un 8% del PN y un 2% del FA).

Con respecto a las opiniones expresadas por los distintos grupos de élites, en todos los casos son mayoritarias las opiniones favorables al cambio legal. En cuanto a las diferencias entre los grupos, el sector sindical muestra el nivel más alto de apoyo a la legalización o despenalización del aborto (un 94%), seguido por la élite intelectual (un 76%), los/las gobernantes (un 70%) y la élite empresarial (un 67%). El último grupo –los legisladores/as– registra el porcentaje más bajo de apoyo a cambiar la ley vigente, aunque de todas maneras representa una mayoría cómoda (un 64%). También cabe señalar que este grupo, junto con la élite intelectual, disminuye levemente su nivel de apoyo al cambio entre el primer (2001-2004) y segundo (2005-2009) períodos⁴. Teniendo en cuenta que esta muestra es plenamente representativa de la distribución de parlamentarios por partido y sector en los dos períodos, es pertinente la observación que hace Buquet respecto a que este porcentaje supera la mayoría especial (un 60%) que exige la Constitución para levantar el veto presidencial. ¿Por qué, entonces, no alcanzaron los votos para levantar el veto en la Asamblea General en diciembre de 2008? Como señala el autor,

estas cifras corresponden a una encuesta y lo que aquí se responde es confidencial y representa opiniones personales. No se les preguntó a los legisladores si votarían a favor de un proyecto o si propondrían un proyecto sobre la materia. La conducta de los legisladores, más allá de las posiciones personales, obedece también a consideraciones políticas y, en este como en otros casos, no siempre su voto está en concordancia con su posición personal. (Buquet, 2010: 38)

En síntesis, este repaso de los resultados de las encuestas de opinión muestra que la sociedad uruguaya en general tiene una opinión favorable hacia la despenalización del aborto. En el caso de la opinión pública esta posición se ha ido consolidando en la medida en que el tema se ha instalado en el debate público, con una mayor difusión de información y de opiniones, resultado de las discusiones parlamentarias y las campañas de comunicación e incidencia desarrolladas desde la sociedad civil. La postura, además, es compartida por la élite uruguaya, que ha mantenido estable su opinión durante los dos últimos períodos de gobierno.

(4) El apoyo a la legalización o despenalización baja de un 65% a un 61% en el caso de los/las legisladores/as, y de un 80% a un 73% en el caso de la élite intelectual (Buquet 2010: 38).

Voces sobre la despenalización del aborto desde la sociedad civil uruguaya

En esta sección se explora el rol de distintas expresiones de la sociedad civil uruguaya en la construcción del debate público sobre la despenalización del aborto en el período post-dictadura. Como se indicó en el capítulo anterior, algunos actores sociales desempeñaron un papel central en la colocación y profundización del tema en el debate público y en la discusión parlamentaria. En la medida en que estos actores cobraban una mayor visibilidad pública, encontrando cada vez más apertura para la difusión de sus campañas y argumentos a favor de la despenalización del aborto en los medios de comunicación, los sectores sociales opositores a la despenalización también se movilizaron, desarrollando diversas estrategias para incidir en el debate.

A continuación se ofrece una breve descripción y análisis de estos dos conjuntos de actores, centrado no en los argumentos que manejaban, sino en sus características institucionales y organizacionales, sus agendas, líneas de trabajo, estrategias de incidencia y campañas. Las fuentes que se utilizaron para la elaboración de esta parte del capítulo fueron publicaciones (libros, revistas, gacetillas, periódicos) producidas por los actores, así como también folletería, notas de prensa, y pronunciamientos públicos proporcionados por las organizaciones al equipo de investigación a solicitud de éste, e información publicada en Internet.

Cabe hacer aquí algunas observaciones respecto al acceso que tuvo el equipo de investigación a estas fuentes e información. En general resultó más difícil acceder a información de los actores contrarios a la despenalización. Por un lado, en algunos casos, a pesar de reiteradas solicitudes, no recibimos una respuesta, o solamente recibimos información parcial.⁵ Por otro lado, mientras que las principales organizaciones de la campaña a favor mantienen sitios web actualizados donde se puede acceder a todo tipo de información sobre sus actividades (www.mysu.org.uy, www.hacelosvaler.org, www.cotidianomujer.org.uy, www.cnsmujeres.org.uy, entre otras), esta herramienta de difusión no es tan usada por los actores de la campaña en contra, o se usa puntualmente y de manera no institucionalizada. Así, por ejemplo, la página www.providauruguay.com

(5) El equipo de investigación cree que esta reticencia posiblemente se debe a que la investigación está siendo realizada por una institución que sostiene públicamente una posición favorable a la despenalización y que varias de las investigadoras son conocidas como activistas por los derechos de las mujeres e inclusive protagonistas de la campaña a favor de la despenalización.

presenta el folleto circulado durante la última campaña electoral que exhortaba a no votar al Frente Amplio, pero no ofrece ningún tipo de información sobre quiénes son los responsables de esta campaña, excepto una dirección de correo electrónico. Esto también es el caso con el sitio <http://sites.google.com/site/jugateporlavida> que presenta fotos y la proclama de la marcha organizada por la Mesa Coordinadora Nacional Por la Vida días antes del balotaje de noviembre de 2009. No obstante, la Mesa en sí no tiene un sitio web con información sobre las organizaciones que la integran, sus actividades o agenda. Dado que las características del estudio no permitían que se realizara un trabajo de campo más extenso, las fuentes de información para el análisis de los dos conjuntos de actores resultaron, entonces, bastante disímiles.

Pero la marcada diferencia en la facilidad de acceso a la información de estas organizaciones también en sí nos dice algo sobre las mismas, sobre todo relativo al alcance de su trabajo sobre el tema del aborto y su grado de formalidad. Con respecto a este último punto, se intentó construir un indicador que permitiera comparar el grado de institucionalización de los actores, a partir del registro de personería jurídica de organizaciones civiles de la Dirección General de Registros del Ministerio de Educación y Cultura. Sabiendo si las distintas organizaciones que concurren a las comisiones parlamentarias tenían o no personería jurídica, y la fecha en la que la habían tramitado, se esperaba poder aventurar algunas hipótesis respecto a si eran organizaciones que tenían una trayectoria de trabajo sobre el tema o eran más bien grupos formados expresamente para intentar incidir en el resultado del debate parlamentario. No obstante, resultaba que el nombre con el que públicamente se presentan algunas de las organizaciones no siempre coincide con el que tramitaron en el registro, por lo que se consideró que los datos aportados por la Dirección de Registros no eran suficientemente fiables para nuestros propósitos.

Actores sociales y campañas a favor de la despenalización

Tras la restauración democrática, la emergencia hacia el espacio público de debate de temáticas vinculadas a los derechos humanos empezó paulatinamente a incorporar discusiones sobre los derechos de las mujeres. En este contexto algunos grupos feministas plantearon la necesidad de generar un debate sobre la situación del aborto en el país, que partía de las vivencias de las mujeres que enfrentaban la necesidad de abortar en el contexto de clandestinidad e inseguridad generado por el marco legal vigente. Estos actores formaban parte del movimiento de mujeres uruguayo que había surgido durante la dictadura, vinculado a la resistencia a la misma, y con una integración

social y política diversa. Generando espacios donde difundir sus opiniones y reflexionar sobre procesos que se daban en el plano internacional, y realizando investigación propia a nivel nacional, buscaban quebrar “la discriminación y opresión de la mujer” a través de la promoción de la discusión de un tema que hasta el momento había sido tratado por técnicos (mayormente abogados y médicos) “con un rasgo en común: que no pueden embarazarse” (Cotidiano Mujer, 1989). El objetivo, tal como se expresa en el libro *Yo aborto, tú abortas, todos callamos...*, que recoge el debate en un encuentro organizado en 1989 por Cotidiano Mujer, era brindar una plataforma para que las voces de las protagonistas fueran escuchadas:

Nuestra voz, la de las que nos embarazamos, parimos y criamos a los hijos; la voz de las que por diversas razones decidimos abortar, la voz de las que en muchos casos han quedado estériles o se han desangrado, es la voz de las protagonistas. Una voz que debe hacerse oír para que el tema del aborto no sea más asunto de especialistas, mala palabra o drama individual. (Cotidiano Mujer, 1989: 3)

A partir de la década de los noventa, surgen nuevas organizaciones en el movimiento de mujeres y feminista uruguayo que se especializan en temas específicos de la agenda de género, incluyendo la salud de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, se desarrollan nuevas redes de articulación entre actores a nivel nacional y regional, y muchas organizaciones logran un grado mayor de institucionalización que permite la profundización de sus investigaciones y el desarrollo de actividades permanentes de monitoreo de las políticas públicas. En este contexto, se profundizaron las actividades de organizaciones feministas como Cotidiano Mujer, Grupo de Estudios sobre la Condición de la Mujer en el Uruguay (GRECMU), Católicas por el Derecho a Decidir, Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), la Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (CNS Mujeres, articulación de más de 50 organizaciones de mujeres de todo el país) y la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), las cuales desarrollaron en distintos períodos de este proceso –algunas de manera sostenida– un conjunto de acciones y aportes para “densificar” y calificar el debate social sobre aborto en Uruguay.

Describir y evaluar la totalidad de las acciones desarrolladas por estas y otras organizaciones feministas para promover un cambio en la legislación referida al aborto supera el alcance de este proyecto⁶. Por lo tanto, en lo que sigue se presentan los aspectos más relevantes de dos de las tres dimensiones

(6) Algunos estudios que reconstruyen y analizan algunos de estos actores y sus campañas a favor de la despenalización del aborto, son Weller, Romero y Ramos (2007), Labastie (2009), Sanseviero (2004).

que Antrobus (2004) plantea como las principales a tomar en cuenta para un análisis de los movimientos sociales: la sustantiva, que refiere a los marcos conceptuales y contenidos concretos de sus agendas, así como las estrategias que priorizan para promoverlas; y la relacional, en particular las dinámicas de articulación y coordinación entre las organizaciones feministas y otros actores sociales promotores de la despenalización a nivel nacional⁷.

El posicionamiento ideológico y político de las organizaciones feministas a favor de marcos legales que habiliten el derecho a decidir de las mujeres sobre la reproducción está ampliamente documentado a nivel nacional, regional e internacional. Han sido estas organizaciones quienes han sostenido y construido una demanda específica para colocar en la visibilidad pública la problemática del aborto clandestino e inseguro, así como el cercenamiento a los derechos fundamentales de las mujeres, que implica la tipificación del delito de aborto en todas las circunstancias. Lo han hecho a través del desarrollo de investigaciones y publicaciones sistemáticas sobre aborto, la organización de seminarios y debates públicos sobre el tema, la convocatoria a movilizaciones y actividades callejeras y la implementación de campañas de sensibilización y denuncia. También han elaborado documentos técnicos con argumentos y evidencias disponibles dirigidos hacia tomadores de decisión en el ámbito parlamentario y ejecutivo. En el caso uruguayo, estas organizaciones han integrado articulaciones regionales e internacionales de defensa de los derechos de las mujeres, formando parte de un movimiento regional y global que aboga por esta agenda en la gran mayoría de los países del mundo. En particular, a nivel regional, merece destacarse la Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y El Caribe (RSMLAC), el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), la Campaña 28 de setiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, por mencionar las más significativas. Con respecto a aspectos sustantivos de las agendas de estas organizaciones, es relevante notar que las diferencias registradas en su posicionamiento remiten fundamentalmente a la valoración sobre el tipo de estrategias y acciones más adecuadas a desarrollar para el logro de los objetivos planteados y no a los fundamentos que –básicamente– sostienen su accionar.

A partir del comienzo del nuevo siglo, se fueron sumando al reclamo de que el aborto dejara de ser penalizado otros actores de la sociedad civil. Se podría afirmar con Abracinskas y López (2007), que la legalización del aborto y su despenalización se transformó de una demanda (exclusivamente) feminista en

(7) La tercera dimensión propuesta por Antrobus es la organizacional, que además de la estructura y funcionamiento interno de las organizaciones abarca lo logístico y presupuestal, lo cual excede los límites de este análisis.

una demanda ciudadana, sostenida por diversos sectores y actores de la sociedad uruguaya y que ello fue producto, entre otras cuestiones, del propio accionar de las organizaciones feministas que sostuvieron una estrategia de ampliación de alianzas y de base social a favor del cambio legal y los derechos de las mujeres.

Un capítulo especial merece la creación de la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva en 2002, a impulso de organizaciones feministas. Ésta nucleó a un conjunto de actores sociales –sindicales, religiosos, profesionales, de derechos humanos, de diversidad sexual y de jóvenes– en un contexto de incremento de la muerte de mujeres por la práctica del aborto inseguro y del nuevo debate parlamentario que se iniciaba en ese período a través del proyecto de ley de defensa a la salud sexual y reproductiva. La Coordinación estuvo inicialmente integrada por: MYSU, CNS Mujeres, CLADEM Uruguay, Cotidiano Mujer, Casa de la Mujer de la Unión, Mujer Ahora, el PIT-CNT (central única de trabajadores), Consejo de Estudios y Difusión de las Culturas y Religiones Africanas y Amerindias, Iglesia Metodista del Uruguay, Católicas por el Derecho a Decidir, Iglesia Valdense, Red Género y Familia, Red de Jóvenes DESYR, Juventud Socialista y Juventud de la Vertiente Artiguista (Frente Amplio), Grupos de la Diversidad Sexual. Cabe destacar la diversidad de organizaciones que integraban la Coordinación, y en particular la participación de diferentes grupos religiosos, lo que desmintió la suposición bastante generalizada de que éstos eran partidarios exclusivos de la posición contraria. La adopción de la mano naranja, con el lema “Voto a favor de la Salud Reproductiva”, se instituyó como un símbolo potente de participación ciudadana en defensa del cambio legal, emblema que continúa hoy acompañando las distintas acciones de diversas organizaciones sociales.

Por primera vez en Uruguay, un frente social amplio se articulaba en “una alianza estratégica [...] sin precedentes en el país” (Abracinskas y López, 2006:7) para incidir en el cambio legal sobre aborto en el país, realizando conjuntamente acciones públicas, eventos de debate social, documentos técnicos, participación en las comisiones parlamentarias durante 2002 al 2004 y declaraciones públicas de adhesión al proyecto de ley de Defensa al Derecho a la Salud Reproductiva (2002-2004).

El debate generado, por su extensión y densidad argumentativa, permite catalogarlo como uno de los debates de mayor consistencia y participación ciudadana de los últimos años. Se puede definir como un proceso de amplia participación e involucramiento de diversos actores que conjugaron esfuerzos y articularon argumentos para la construcción de ese consenso. [...] El consenso se sostuvo básicamente en la integralidad del proyecto de ley; la ubicación del aborto inseguro como problema de salud pública, de equidad y de justicia social; los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales y el derecho a decidir de las mujeres como un asunto de democracia y ciudadanía. Estos consensos construyen

nuevos pactos sociales, siendo los mismos, punta de lanza de cambios culturales profundos en la sociedad uruguaya. El aborto como un derecho pasaría a integrar la agenda política, junto a los “grandes temas nacionales”. (Ídem: 7-8)

En este sentido, hubo pronunciamientos explícitos del PIT-CNT en sus proclamas del 1º de mayo desde el año 2004 a la fecha, activa participación de la dirigencia sindical en las sesiones de las comisiones parlamentarias, dando cuenta que esta demanda lograba trascender el espacio de la Comisión de Género y Equidad de la central, histórico espacio de las mujeres sindicalistas para la defensa de los derechos de las mujeres trabajadoras. En este marco, la ponencia desarrollada por el dirigente sindical Juan Castillo en el Seminario Aborto en Debate, organizado por MYSU en octubre de 2007, refleja claramente el compromiso y accionar del PIT-CNT a favor de esta agenda (Castillo, 2007)⁸. Al posicionamiento del PIT-CNT se deben agregar las declaraciones del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República⁹ en los años 2004 y 2007, con claros posicionamientos a favor del proyecto de ley de defensa a la salud reproductiva (2004) y de la necesidad de modificar el marco legal vigente (2007).

El involucramiento creciente de actores relevantes de la sociedad civil se dio en paralelo al incremento de la percepción de que el aborto debía ser despenalizado en la opinión pública e influyó en el debate parlamentario. Pero no es hasta el inicio de esta década que comienza a modificarse la actuación pública sobre este tema de los médicos, actores sumamente relevantes en el mantenimiento de la ley sobre el aborto que se ha sostenido durante más de setenta años. Este cambio en el discurso contribuyó “a dar mayor legitimidad a las apreciaciones producidas desde otros espacios sociales acerca de la magnitud y significados de las prácticas sociales del aborto” (AUPF-RUDA, 2008: 34), y se produjo a partir de un grupo de profesionales de ginecología que desarrollaban su actividad en el Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi del Centro Hospitalario Pereira Rossell, y que estaban preocupados por el

(8) Las ponencias del seminario se encuentran disponibles en www.mysu.org.uy (sección publicaciones).

(9) Además del pronunciamiento del Consejo Directivo Central, es de destacar que a partir de 1999 se empiezan a generar desde la Universidad de la República espacios dedicados a los estudios de género, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Se pueden citar como ejemplos de estos espacios a la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología, al Grupo Multidisciplinario de Estudios de Género y al Programa de Género, Cuerpo y Sexualidad –ambos de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación–, el Área Política y Género del Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, y a nivel central, la Red Temática de Estudios de Género.

aumento de las muertes de mujeres debido a complicaciones derivadas de la interrupción voluntaria del embarazo, hacia el año 2001.

La “Iniciativa médica contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” (como se denominó originalmente la movilización de ese grupo de profesionales)¹⁰ recibió rápidamente el apoyo de instituciones claves de la profesión médica, como la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (FMED), el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SGU). El surgimiento de esa movilización coincidió con uno de los más intensos debates públicos acerca de la legalización del aborto voluntario, lo cual probablemente contribuyó a darle resonancia y prestigio. En ese contexto el “nuevo discurso médico” representó la incorporación de una significativa voz crítica a las condiciones impuestas a las mujeres para abortar voluntariamente así como también como una alternativa menos radical que la demanda de legalización del aborto voluntario. (AUPF-RUDA, 2008: 35-36)

Esta iniciativa, cuyo principal cometido es la disminución del riesgo del aborto inseguro, desembocó en la implementación por parte del Ministerio de Salud Pública de la denominada Ordenanza 369/04 (Normativa sanitaria: Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo), que representaba “un nuevo discurso médico y estatal”, que pese a tener limitaciones, legitimaba a la mujer en situación de aborto (AUPF-RUDA, 2008: 37).

Este “nuevo actor” en el escenario del debate político y social sobre aborto no se involucró activamente en las acciones por el cambio legal que se han sucedido hasta el momento, impulsadas por diversas organizaciones sociales. Si bien ha manifestado su posición a favor de los proyectos que se presentaron en las dos últimas legislaturas, su accionar se ha concentrado en exigir que la Ordenanza 369/04 sea implementada en todos los servicios de salud del país, cuestión que se está lejos de concretar hasta el momento, tal como se registra en el capítulo anterior de esta publicación.

En el contexto del debate parlamentario que tuvo lugar en los años 2007 y 2008 sobre el proyecto de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva, las organizaciones sociales desarrollaron un conjunto de acciones (movilizaciones callejeras, campañas vía Internet, juntada de 10.000 firmas denunciando las acciones judiciales contra mujeres en situación de aborto –campaña “*Nosotras y nosotros también*”–, declaraciones en medios de comunicación) para impulsar que el Parlamento iniciara el debate sobre el proyecto de ley. Luego, ante el veto interpuesto por el Poder Ejecutivo, las organizaciones sociales convocaron a una

(10) Actualmente denominada “Iniciativa Sanitaria Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” y asentada en la organización civil Iniciativas Sanitarias.

manifestación en la Plaza Libertad que concentró un número muy importante de ciudadanos/as y de actores de diversas expresiones de la sociedad uruguaya.

A partir del año 2009, se han continuado o iniciado nuevas campañas. En particular, merece destacarse la campaña “*Son tus derechos, hacelos valer*” impulsada por la organización MYSU, la cual lanzó en marzo de 2010 una nueva iniciativa: “*Sí a la Ley. Aborto Legal 2010*”, que busca impulsar el tratamiento parlamentario de un nuevo proyecto de ley que despenalice el aborto al mismo tiempo que ampliar la base social de apoyo a la iniciativa.

Movilización de actores sociales en contra de la despenalización

El creciente respaldo de la opinión pública y de organizaciones referenciales de la sociedad civil organizada a la despenalización del aborto, así como también la irrupción del nuevo discurso médico que quebró el relativo consenso médico-legal que había sustentado “objetivamente” a la penalización, tuvo como contraparte el impulso de una nueva normativa a nivel legislativo que, especialmente a partir del comienzo de la primera década del siglo XXI, reflejó los nuevos acuerdos sociales en la materia. Este impulso recibió un fuerte rechazo por parte de los actores que tradicionalmente se oponían a cualquier movimiento tendiente a legalizar la interrupción voluntaria del embarazo, y provocó la emergencia de reacciones novedosas tanto de dichos actores como de parte de organizaciones que tomaron visibilidad en el espacio público prácticamente a la par del debate.

El movimiento social opositor a la despenalización del aborto tiene un perfil marcadamente diferente al del movimiento promotor. A diferencia de éste, se caracteriza en general por la poca diversidad de los actores que lo integran, siendo el denominador común su carácter religioso: las que no son instituciones religiosas tienen fuertes vínculos con las iglesias. También es notorio que, mientras que en las bases de este movimiento hay una presencia femenina indiscutible, sus referentes más visibles son hombres prácticamente en su totalidad. Otra diferencia que merece señalarse es que su accionar en materia del aborto tiene básicamente dos ejes: la prédica a nivel social del aborto como un mal siempre, y la incidencia política para evitar el cambio legal. En términos de producción de conocimientos, en el curso de esta investigación no se encontraron investigaciones sobre la realidad social del aborto en Uruguay realizadas por estos actores. De hecho, la única producción académica parece ser los estudios realizados por el Departamento de Éticas Aplicadas de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay, que se centran exclusivamente en la dimensión bioética del tema.

Entre los actores tradicionales el más destacado fue la Conferencia Episcopal Uruguaya¹¹, que como lo había hecho anteriormente defendió la penalización del aborto en el entendido de que despenalizarlo sería legitimar la “destrucción de vidas humanas”; bajo esta noción, se considera que el feto es “un niño por nacer” cuya vida debe ser protegida desde el momento de la concepción. No obstante lo constante de esta visión en el discurso del movimiento opositor a la despenalización, hay varios elementos que resultan novedosos en el abordaje de estos actores, en particular a partir de mediados de la primera década del siglo XXI.

Por un lado, debido posiblemente a la ruptura del consenso técnico médico-legal y a la alta legitimidad que había alcanzado el discurso de carácter laico de quienes eran partidarios de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, se advierte la inclusión de un nuevo enfoque en el discurso de algunos actores religiosos. Así, la Comisión Arquidiocesana de Bioética hacía referencia a que el aborto no era “una cuestión de credos o de creencias religiosas” y se afirmaba fundamentar la postura de oposición en los “valores esenciales” consagrados en la Constitución uruguaya, referentes “a la protección de la vida humana y especialmente la de los más débiles e indefensos”¹². De la misma manera, en la comunicación que el equipo de investigación recibió del Vicario Regional de la Prelatura del Opus Dei, éste declara:

Me parece de particular relevancia subrayar que la Iglesia no se apoya en motivos o fundamentos “religiosos”, sino que busca respetar la dignidad de toda vida humana, aunque a ésta le falte el certificado de nacimiento, porque aún se encuentra en el seno de su madre. Es más, precisamente porque se encuentra en esa situación, necesita mayor protección jurídica.¹³

Otro elemento novedoso lo constituye el brindar “pautas de reflexión para todos aquellos que quieran profundizar en la responsabilidad social del

(11) Denominación que adquiere el conjunto de los obispos de un grupo de diócesis de nuestro país. Según se explica en la página web de la Iglesia Católica uruguaya (<http://www.iglesiauruguay.com/>), “La Conferencia Episcopal de Uruguay la forman todos los obispos con responsabilidades pastorales vigentes. Se reúne al menos dos veces al año y la representa el Comité Permanente, cuando no están reunidos en Asamblea Plenaria. La Conferencia Episcopal NO ES UNA INSTANCIA JERÁRQUICA, sino de coordinación. Sus acuerdos y documentos no obligan a los obispos que la integran, salvo cuando el Reglamento lo estipula así y dispone un quórum determinado”.

(12) Opinión de la Comisión Arquidiocesana de Bioética, emitida en la publicación periódica de la Arquidiócesis de Montevideo *Entre Todos*. N° 123 (18/03/2006): 3.

(13) Comunicación personal por e-mail del Pbro. Dr. Carlos Ma. González Saracho, Vicario Regional de la Prelatura del Opus Dei (27/07/2009).

cristiano”¹⁴ en el marco de los años electorales. En este sentido, la Conferencia Episcopal publicó en 2004 y 2009 documentos dirigidos a “todas las comunidades católicas del país y a todos los cristianos” en los cuales compartieron “algunos criterios que ayuden a un discernimiento evangélico en orden a ejercer responsablemente nuestra ciudadanía”¹⁵. Ambos documentos recordaban a la ciudadanía cristiana lo que había sucedido en materia del aborto, y se definía entre los criterios sugeridos “la defensa intransigente de la vida humana, desde la concepción, pasando por todas las etapas de su desarrollo, hasta la muerte natural”¹⁶.

Como tercer elemento novedoso en el discurso se encuentra la inscripción de los actores eclesiales locales dentro del patrón internacional de rechazo al aborto que desde la década de 1990 se desarrollaba en diferentes países latinoamericanos, promovido por el autodenominado movimiento Pro Vida. El emergente más claro de este patrón es la celebración del “Día del niño por nacer” cada 25 de marzo, fecha que para los católicos se corresponde con el día de la Anunciación del Arcángel Gabriel a la Virgen María, en la que se le comunica a ésta que iba a ser la madre del hijo de Dios.

Es precisamente en el marco de este movimiento Pro Vida donde se generará la aparición de nuevos detractores¹⁷ a los intentos de despenalizar el aborto. Se trata de organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones de profesionales en el plano médico-legal y congregaciones religiosas, que compartían el rasgo común de considerar que la vida humana existía desde la concepción y se amparaban en principios religiosos, principalmente de carácter católico o neo pentecostal (aunque también con presencia del afro umbandismo, a través del grupo Atabaque, y de cierto sector del evangelismo)¹⁸. Entre estos

(14) Documento “Pautas de reflexión. Católicos, sociedad, política”, publicado por la Conferencia Episcopal del Uruguay (23/11/2003): 3.

(15) Documento pastoral de los obispos para las comunidades cristianas. “Pautas para el discernimiento político en año electoral”, publicado por la Conferencia Episcopal del Uruguay (28/04/2009): 1.

(16) Ídem: 5.

(17) Tanto por haber surgido a la par del debate como por haberse hecho visibles junto con éste, pese a que algunos se circunscribían formalmente a la órbita de los actores tradicionales.

(18) Durante los debates parlamentarios, se presentó un grupo denominado “Comisión de Representatividad Evangélica del Uruguay” (CREU), que expresó posturas contrarias a la despenalización del aborto. Debido a que desde los medios de comunicación se englobó en su postura a la totalidad de la Iglesia Evangélica, el Grupo de Bioética de la Iglesia Evangélica Valdense emitió un comunicado en el que aclaraba que la Comisión no representaba a la Iglesia Evangélica Valdense. “Respetamos a la CREU, defendemos su derecho inalienable a expresar sus convicciones. Pero con igual convicción creemos que al expresarse públicamente con una generalización tan abstracta como indefinida sin nombrar las ‘varias instituciones de servicio’ que le dan ‘apoyo moral y espiritual’ ni las ‘más de setecientas Iglesias Cristianas Evangélicas en el Uruguay’, (sic) que declaran representar, no puede menos que inducir, tan involuntaria como innecesariamente, a interpretaciones erróneas

actores destacan la iglesia neo pentecostal Misión Vida para las Naciones, la organización no gubernamental vinculada a ésta ESALCU, la Comisión de Bioética del Círculo Católico del Uruguay y la también católica Asociación Esperanza Uruguay, entre otras.

Fundamentalmente a partir del comienzo de la presente década, algunas de estas organizaciones promovieron la recolección de firmas en rechazo a los proyectos de ley que el Parlamento estudiaba para despenalizar el aborto, expusieron su posición frente a los legisladores, publicaron artículos sobre el tema en la prensa convencional y en órganos de comunicación propios, y realizaron actividades públicas. Entre estas actividades se destacó el foro “Salvemos a los dos”, que se desarrolló en el año 2002 en el edificio Anexo del Palacio Legislativo, y que según sus organizadores contó con el auspicio de la Presidencia de la Cámara de Representantes. También en el mismo año, organizadas por grupos de orientación católica –aunque también con la presencia como expositor del referente de Misión Vida para las Naciones, el pastor Jorge Márquez– se desarrollaron las “Jornadas sobre Aborto” en la Universidad Católica del Uruguay. Los folletos de difusión de ambas instancias estaban encabezados por la frase “Matar... no es la solución”, y en el de “Salvemos a los dos” se hacía referencia a que el aborto “no es un acto médico”, porque “un acto médico sana” mientras que “un aborto mata”. Se indicaba que el aborto atenta contra el derecho a la vida y es por tanto inconstitucional, y se sugería que en vez de legislar en esta materia, se buscaran los mecanismos para flexibilizar el proceso de adopción. Además, se introducía la idea de que la defensa del derecho a abortar de las mujeres era una imposición foránea, con la que los países industrializados buscaban detener el crecimiento poblacional de los países subdesarrollados, como método para impedir su desarrollo. En este sentido se opinaba en uno de los párrafos del folleto:

Los uruguayos debemos saber que son los países más desarrollados y los principales organismos internacionales los que ejercen presión sobre los países pobres, para que éstos introduzcan en sus legislaciones métodos de “planificación familiar” que promuevan el crimen del aborto so pretexto de combatir la pobreza. Buscan detener el crecimiento económico de los países, combatiendo el primer recurso que puede llevar a la grandeza de una nación, “el crecimiento de su población”.

serias, y que afectan a otras instituciones hermanas. Incluso creemos que no pocas Iglesias Evangélicas miembros de la FIEU (Federación de Iglesias Evangélicas en el Uruguay) tampoco se sienten representadas por la CREU”, señalaba el comunicado, en el que se expresaba además que el Equipo de Bioética de la Iglesia Evangélica Valdense no se oponía al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva aprobado por la Cámara de Representantes el 10 de diciembre de 2002.

En la misma línea se expresó el pastor Jorge Márquez en su intervención frente a los legisladores de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Representantes, en el año 2002:

Millones de dólares gasta Estados Unidos en hacer que las mujeres hispanas, negras e indígenas maten a sus hijos con la excusa de educarlas en una mentalidad liberal y progresista, liberándola del yugo del hombre, del Estado y de la religión. Estados Unidos busca evitar que continúen creciendo ciertos segmentos de la población que tiene una tasa mayor de nacimiento. Grandes sumas de dinero se están gastando para enseñar al pobre y a las minorías para que maten a sus propios hijos.

Y añadió: “Consideramos que el movimiento feminista está siendo usado por los países ricos para fines inconfesables. Bajo la pantalla de los derechos de la mujer ‘las están usando’ para achicar su responsabilidad de socorrer a los hambrientos”¹⁹. El mismo argumento se imponía en la presentación ante la Comisión de Salud Pública de la organización Enfoque a la Familia:

Vemos con mucha preocupación cómo hoy en día los países llamados desarrollados de Europa y Estados Unidos, están tratando de promover el aborto, como una solución a los problemas sociales y económicos de América Latina. Debemos entender que los problemas sociales y económicos de América Latina no se deben a nuestra población, sino más bien a la cultura de la corrupción, al racismo y a la pobreza que vivimos. Entonces, nosotros pensamos que se debe rechazar este tipo de ideologías que está tratando de destruir la población en América Latina.²⁰

Por otro lado, dado que se consideraba a la despenalización del aborto como a la legalización “de la eliminación en masa de miles de niños”, se la comparaba con los crímenes cometidos bajo el Holocausto por el régimen de la Alemania nazi, o con símbolos de “atraso cultural” que la civilización dejaría atrás en su “camino hacia el desarrollo”. Respecto a esto último expresaba el Dr. Omar França, de la Cátedra de Bioética de la Universidad Católica:

El progreso cultural de las civilizaciones va en el sentido de reconocer la igualdad radical de todos los individuos que son humanos y la prohibición del homicidio en cualquiera de sus formas. De ahí que nuestro pronóstico sea que en los próximos 50 años se terminará aboliendo las leyes que hoy autorizan el aborto, de la misma

(19) Acta 117 de la sesión de la Comisión de Salud Pública CRR del 2 de julio de 2002.

(20) Distribuido N° 2488, versión taquigráfica de la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado del 14 de octubre de 2003.

manera que en el siglo XIX se abolieron todas las leyes que autorizaban la esclavitud y las prácticas de lesa humanidad en cualquiera de sus formas.²¹

Pero a pesar de estas novedades en la formulación de los planteos y en los actores involucrados en éstos, se mantuvieron –tanto en los nuevos actores como en los habituales– líneas de pensamiento tradicionales en lo referente al rol de la mujer y al ejercicio de la sexualidad, profundamente vinculadas a la postura sobre la despenalización del aborto. La orientación general de las argumentaciones parecería considerar a la mujer en tanto madre, o en todo caso, a suponer que sus derechos individuales no son tan importantes como los que adquiere para con “su futuro hijo”. A este respecto resulta ilustrativa la fundamentación de respaldo de la Comisión Arquidiocesana de Bioética a la voluntad de veto del Presidente Tabaré Vázquez a un proyecto de ley que contuviera la despenalización del aborto:

Es también destacable, que como médico no haya olvidado los compromisos del juramento hipocrático: más allá de todo lo que se pueda hacer a favor de la defensa de los derechos de la mujer, lo primero es no hacer daño a sus hijos, defendiendo sus derechos de madre.²²

Esta noción también se expresaba en la proclama leída en el acto del 25 de marzo de 2006, en la celebración del “Día del niño por nacer”, aunque se profundizaba aún más, definiendo a la mujer prácticamente en carácter de portadora del embrión, al que se definía como “un ser humano”:

Hoy, cientos de miles de voces de personas que participan activamente en organizaciones muy diversas, se elevan a lo largo y ancho del planeta, para ser voz de los que no tienen voz y proclamar bien alto un decidido “sí a la vida”. Estas voces quieren sellar con este “sí” su compromiso de luchar por la defensa del ser humano concebido frágil y maravillosamente en el vientre materno, y de oponerse a todo intento de menoscabar esta dignidad.²³

La matriz de argumentaciones tiende a complementarse con llamados de atención a que los proyectos de ley que estipulan la despenalización del aborto no consideran la visión de las personas de sexo masculino del entorno

(21) Distribuido Nº 2545, versión taquigráfica de la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado del 13 de noviembre de 2003.

(22) Opinión de la Comisión Arquidiocesana de Bioética, emitida en la publicación periódica de la Arquidiócesis de Montevideo *Entre Todos*, Nº 123 (18/03/06): 3.

(23) Proclama leída en el “Acto por la vida” del 25 de marzo de 2006.

de la gestante²⁴. Existen apreciaciones también sobre la educación sexual propuesta en la normativa, a la que se asocia a un ejercicio de una sexualidad irresponsable (“la promoción del sexo indiscriminado”)²⁵, dado que no se vincula directamente con la familia y la reproducción²⁶.

Por otra parte y relacionado a este último punto, hay una crítica directa al enfoque de género, a la concepción sobre derechos sexuales y reproductivos, y al ejercicio de la sexualidad entre personas del mismo sexo. Respecto al enfoque de género, resultan ilustrativas las intervenciones que efectuaron algunas de las delegaciones opositoras en 2003 ante la Comisión de Salud Pública. Por ejemplo, el Dr. Gustavo Ordoqui, en representación de la Comisión de Bioética del Círculo Católico, afirmó lo siguiente:

Desde el punto de vista instrumental, tenemos que saber que, como lo dice su exposición de motivos, este proyecto de ley está fundado en la biología del género. Nos preocupa muchísimo pensar que en el Uruguay, no sólo en este proyecto de ley sino en el Plan Nacional de Educación Sexual, se hable de la estructura de la ideología del género.²⁷

(24) Al respecto resulta interesante retomar la ya mencionada intervención de Jorge Márquez en la Comisión de Salud Pública: “No se puede negar que el padre sufre consecuencias, el hermano, los abuelos, todos tienen derechos, hay consecuencias sociológicas y psicológicas post-aborto que generan la necesidad de legislación, procrear es un derecho, también están los intereses del Estado (por ejemplo el problema de la natalidad mencionado) y por último además, el derecho a la vida, sin lugar a dudas la madre de todos los demás derechos”. Acta 117 de la sesión de la Comisión de Salud Pública CRR del 2 de julio de 2002.

(25) Discurso del Dr. Gustavo Ordoqui, presidente de la Comisión de Bioética del Círculo Católico de Obreros y miembro de la Comisión Arquidiocesana de Bioética en el 2º Congreso Nacional de la Familia (organizado por la Conferencia Episcopal Uruguaya en 2003). Diario *Últimas Noticias*, 13 de octubre de 2003.

(26) “Comienzo con un pasaje de la Biblia en el que el apóstol Pablo dice a su discípulo Timoteo: ‘También debes saber esto: que en los postreros días vendrán tiempos peligrosos. Porque habrá hombres amadores de sí mismos, avaros, vanagloriosos, soberbios, sin afecto natural, amadores de deleites más que de Dios, que tendrán apariencia de piedad, pero negarán la eficacia de ella’. ¿No trata este proyecto de ley de salvar la vida de la madre sacrificando penosa y dolorosamente la vida de su hijo? Trata de socorrer a la madre en la penosa decisión de matar a su propio hijo, sin importar cuál sea la causa que amerite esta decisión. El pasaje bíblico que tenemos en la pantalla nos está hablando de una sociedad en decadencia, que está basada no en valores, sino en deleites; no en amor sacrificial, en entrega, en servicio, sino en placer, en amor propio, en egoísmo, en individualismo, hedonismo. Hemos estudiado algunas civilizaciones que se han inclinado al deleite y que han producido gente de este tipo: hedonistas, sin afecto natural, individualistas y egocentristas. Sigo con estas palabras para poder pintar el cuadro en el que, según creo, se haya circunscripto el tema del aborto”. Intervención de Jorge Márquez ante la Comisión de Salud Pública del Senado el 11 de noviembre de 2003 (Distribuido N° 2536).

(27) Distribuido N° 2538, versión taquigráfica de la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado del 11 de Noviembre de 2003.

En la misma línea, la Mesa Coordinadora Nacional Por la Vida expresó su rechazo al concepto de la equidad de género:

[A]quí, evidentemente, hay una especie de legalización –decimos nosotros– de la ideología llamada “perspectiva de género”, que niega el carácter natural de la distinción entre los sexos masculino y femenino. [H]abría que acordar, por lo menos, que es altamente discutible y que no es conveniente que el Estado uruguayo adopte esto como ley que se impone a todos los ciudadanos, independientemente de la forma de pensar de cada uno.²⁸

Por otra parte, además de los argumentos y posiciones que expresaban “formalmente” los detractores del aborto, al estudiar el material propagandístico de rechazo a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo se observa con frecuencia un fenómeno que no estaba presente entre quienes apoyaban la iniciativa, y que consiste en el anonimato del emisor del mensaje. Esto se observa tanto en folletería como en páginas de internet, y también en campañas en la vía pública: aquí el mensaje es consistente con el que emitían los emisores “reconocidos”, pero es más agresivo y directo. Es frecuente ver en este tipo de material fotos de fetos luego de un aborto, o referencias a no respaldar a los legisladores que apoyaron la despenalización (con sus nombres y apellidos, además de la identificación de su fuerza partidaria).

Mirando hacia el futuro

Como se planteó al final del capítulo anterior, mientras se realizaba el trabajo de campo de este proyecto, todo indicaba que se presentaría otra vez un proyecto de ley de despenalización del aborto en la nueva legislatura, que muy probablemente sea aprobado, y esta vez sin la amenaza de un veto del Ejecutivo. En el marco de las campañas hacia las elecciones internas y nacionales de 2009, ambos colectivos desarrollaron acciones que anticipaban este escenario futuro.

Por un lado, las organizaciones feministas más activas en la campaña a favor de la despenalización buscaban insertar el tema en el debate electoral, exhortando a los candidatos presidenciales a que hicieran públicas sus posiciones al respecto. El tema también fue planteado por el movimiento sindical en el marco de la campaña electoral. En la reunión que tuvieron los presi-

(28) Distribuido N° 1961, versión taquigráfica de la sesión de la Comisión de Salud Pública del Senado del 18 de Setiembre de 2007.

denciables del FA y del PN con el Secretariado Ejecutivo del PIT-CNT se les preguntó su posición respecto a la despenalización del aborto y la Comisión de Equidad y Género de la central sindical aprovechó el acto “El FA escucha a las mujeres” para reclamar a Mujica y Astori que expresaran públicamente su posición, haciendo eco de la intervención realizada por la representante de la CNS Mujeres en el mismo evento. Esta insistencia dio lugar a las ya mencionadas declaraciones de la fórmula frenteamplista respecto a que respetaría lo resuelto por el Congreso del FA a fines de 2008 y no vetaría una ley aprobada por el Parlamento.

Por otro lado, el movimiento opositor al cambio legal también buscó incidir en la campaña electoral, pero no con el objetivo de simplemente insertar el tema en el debate o exhortar a los candidatos a que manifestaran su posición públicamente. Como se mencionó más arriba, al igual que en 2004, en abril 2009 la Conferencia Episcopal publicó un documento de pautas para el “discernimiento político” de la ciudadanía cristiana, que definía como uno de los criterios a ser tomado en cuenta por los cristianos a la hora de votar “la defensa intransigente de la vida humana, desde la concepción”. A pesar de afirmar que “la Iglesia no realiza una propuesta política de tipo partidario, ni avala ninguna en especial [...] a la hora de votar”²⁹, durante la campaña hacia el balotaje hubo pronunciamientos de referentes católicos instando a no respaldar la fórmula del FA porque su fuerza política incluía la despenalización del aborto en su programa de gobierno para el próximo período. De la misma manera hubo apoyos explícitos de la Iglesia Misión Vida para las Naciones a los candidatos del PN.

También se advirtió el desarrollo de una estrategia novedosa de parte de estos actores, que consistía en la participación directa de referentes del movimiento en la competencia electoral, con el objetivo, sin duda, de acceder a un lugar que les garantizara una incidencia directa en cualquier debate parlamentario futuro. Así, varios referentes del movimiento presentaron listas en las elecciones internas del PN y en las elecciones nacionales presentaron una lista común dentro de dicho partido (denominada “Cristianos por Uruguay”) en los departamentos de Montevideo, Colonia, San José, Treinta y Tres, Río Negro y Tacuarembó. Además, la 2004, principal lista de Alianza Nacional (sector del PN liderado por Larrañaga) a la Cámara de Representantes en Montevideo, llevaba a Carlos Iafigliola –integrante de la Mesa Coordinadora Nacional Por la Vida– en el sexto lugar. Esta estrategia, no obstante, no dio fruto: la 2004 recibió menos votos que en las elecciones anteriores, ganando

(29) “Pautas para el discernimiento político en año electoral” (28/04/2009): 2.

sólo tres bancas³⁰, y las listas de “Cristianos por Uruguay” tuvieron una baja votación³¹ que no les permitió alcanzar una banca, y tampoco establecerse como un nuevo sector de peso en el PN.

Aunque estos episodios fueron recogidos por los medios, el aborto no se transformó en un tema prioritario para la agenda electoral, ni se debatió en profundidad. Esto contrasta con la importancia asignada al tema por la ciudadanía uruguaya, según la encuesta realizada por Factum en junio de 2009 y difundida en setiembre en el marco del lanzamiento de la campaña “Son tus derechos, hacelos valer”. Según el sondeo, el 52% de los uruguayos en edad de votar dijo considerar importante que el aborto fuera un tema de campaña electoral, siendo significativamente mayor la importancia que le otorgaban las mujeres (57%) que los hombres (41%). No obstante, más del 60% de los votantes manifestaba ignorar la posición de su partido o candidato. Respecto a las declaraciones realizadas por la Iglesia Católica, un 54% de los electores sostuvieron que las jerarquías religiosas deberían mantenerse al margen del debate sobre la despenalización del aborto.

En suma, parece que, al igual que en el campo político, en el ámbito social están dadas condiciones favorables para que una ley de despenalización del aborto se vote en el próximo período de gobierno. En la opinión pública sigue gozando de una mayoría estable la posición a favor, y fracasaron los intentos del bando opositor de incidir directamente en los resultados electorales, lo que le resta fuerzas para enfrentar lo que el futuro seguramente traerá.

Bibliografía citada

Entre Todos, no. 123 (18/03/2006). Publicación periódica de la Arquidiócesis de Montevideo.

Abracinskas, L. y A. López Gómez (2007). “El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal”. En L. Abracinskas y A. López

(30) En 2004 había recibido 94.470 votos en Montevideo (el 42% del voto blanco en el departamento), ganando 5 bancas; en 2009 su votación bajó a 57.951, representando el 28,8% del voto blanco.

(31) La lista 1177 recibió un total de 8.523 votos en todo el país: 5.734 votos en Montevideo; 474 en Colonia; 539 en Río Negro; 686 en San José; 621 en Tacuarembó; 469 en Treinta y Tres. Su votación total representó tan sólo un 1,3% del voto global del PN, y solamente en Río Negro representó un porcentaje mayor al 3% del voto blanco en el departamento.

- (coords), *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. y A. López Gómez (2006). “Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática”. En Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/publicaciones/pdf/articulos/analisis_feminista.pdf
- Antrobus, P. (2004). *The Global Women's Movement: Origins, Issues and Strategies*. Londres: Zed Books.
- AUPF-RUDA (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: AUPF/RUDA/IPPF-RHO.
- Bottinelli, O. (2010). “La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Buquet, D. (2010). “La opinión de las elites”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Castillo, J. (2007). “Los derechos sexuales y reproductivos en el movimiento sindical”. Ponencia presentada en el Seminario “Aborto en Uruguay. Consenso social, conflicto democrático”, organizado por MYSU, 18 de octubre de 2007, Montevideo.
- Conferencia Episcopal del Uruguay (2009). “Pautas para el discernimiento político en año electoral”. Documento pastoral de los obispos para las comunidades cristianas. Montevideo: Conferencia Episcopal del Uruguay.
- Cotidiano Mujer (1989). *Yo aborto, tú abortas, todos callamos...* Montevideo: Cotidiano Mujer.
- Cotidiano Mujer (2004). *63% a favor. Ley de Salud Reproductiva. Encuesta realizada por Equipos Mori*. Disponible en: <http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/publicaciones/dossier63.pdf>
- Distribuidos de la Comisión de Salud Pública del Senado: 2487 (14/10/2003); 2536 y 2538 (11/11/2003); 2545 (13/11/2003).
- Labastie, M. (2009). “Diez años de discusión: Ley de Derechos sexuales y Derechos Reproductivos”, informe final del Proyecto CSIC de Iniciación a la Investigación, inédito.
- Proclama leída en el “Acto por la vida” (25/03/2006).
- Sanseviero, R. (2004). “Aborto en Uruguay: Entre la complacencia y el malestar”, artículo inédito.
- Weller, S., Mariana R. y S. Ramos (2007). “Actores sociales y debate ciudadano en torno a la campaña a favor de la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay: Reflexiones, prácticas y lecciones aprendidas”. En Lilián Abracinskas y Alejandra López (coords), *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Montevideo: MYSU.

Las consideraciones éticas del veto contra la despenalización del aborto en Uruguay

Miguel Andreoli

El veto contra la despenalización y el comienzo de la vida de la persona

La discusión sobre el aborto entre los partidarios de la libre elección por parte de la mujer y los antiabortistas se viene desarrollando desde hace décadas en Europa y los Estados Unidos de América, y es tema de fuertes controversias en distintos países de América Latina. Se trata de debates que trascienden los partidos políticos, en los que se involucran distintos agrupamientos civiles e iglesias. En los conflictos que se han dado sobre el tema se utilizan argumentos, propaganda, presiones, amenazas, y ocasionalmente la violencia². El debate está presente en Uruguay desde hace décadas, pero se agudizó en el proceso de discusión y sanción de un proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva que, entre otras previsiones, despenalizaba el aborto en ciertas condiciones. El proyecto le reconocía a la mujer el derecho a abortar

(1) Este trabajo incluye algunas partes ya publicadas en Andreoli (2002).

(2) En Estados Unidos activistas antibaborto han llegado a realizar ataques violentos contra clínicas y profesionales que practican abortos.

durante las primeras 12 semanas de gestación. Según éste bastaba que la mujer alegara ante el médico circunstancias derivadas de condiciones sobrevenidas a la concepción, tales como problemas económicos, sociales, familiares y de edad, que a su criterio le impedirían continuar con el embarazo. Se preveía para el médico la obligación de informar a la mujer sobre las posibilidades de adopción y los programas de asistencia económica y médica a la maternidad. También el profesional tendría que informar y apoyar a la mujer antes y después del aborto voluntario, pero se debía estar a la decisión final de ésta. La despenalización del aborto finalmente no fue aprobada, porque, en uso de sus atribuciones constitucionales, el Poder Ejecutivo vetó el 14 de noviembre de 2008 las disposiciones que la prevenían.

Este veto incluyó, entre sus fundamentos, aspectos de evidente relevancia ética, que ameritan detenerse en su consideración. Allí se afirma que:

La legislación no puede desconocer la realidad de la existencia de vida humana en su etapa de gestación, tal como de manera evidente lo revela la ciencia. La biología ha evolucionado mucho. Descubrimientos revolucionarios, como la fecundación in vitro, y el ADN con la secuenciación del genoma humano, dejan en evidencia que desde el momento de la concepción hay allí una vida humana nueva, un nuevo ser [...] *El verdadero grado de civilización de una nación se mide en cómo se protege a los más necesitados.* Por eso se debe proteger más a los más débiles. Porque el criterio no es ya el valor del sujeto *en función de* los afectos que suscita en los demás, o de la utilidad que presta, sino el valor que resulta de su mera existencia.³

La argumentación desarrollada en el veto pretende apoyarse en recursos racionales, con prescindencia de la apelación a visiones religiosas, limitándose, en cambio, a presuntas razones fundadas en el saber biológico y a coincidencias normativas, que fundamentarían la ilicitud del aborto. Creo que la siguiente es una reconstrucción fiel de las razones éticas aducidas en el veto:

- 1) Desde el momento de la concepción, tal como lo ha mostrado la biología actual, se origina un ser con una secuenciación de ADN única.
- 2) En consecuencia se trata de una vida humana nueva.
- 3) Estamos ante la realidad un sujeto, cuyo valor resulta de su mera existencia, que se encuentra en una situación de debilidad que, en una nación civilizada, exige protección.

Es un hecho, en efecto, que una vez producida la concepción, estamos ante un nuevo ADN, con una secuencia química propia y única. Lo que la ciencia biológica obtuvo en los últimos años es un conocimiento desarrollado del mecanismo fino de un proceso que ya se conocía como el papel en la

(3) Los destaques están en el texto original.

reproducción de los cromosomas y de los genes contenidos en estos. Esto explica la regulación biológica del proceso de reproducción, que comienza con la combinación de cromosomas que se produce a partir de la concepción.

Pero, el problema es ¿qué derivamos prácticamente de este saber?, ¿de qué suerte de certeza moral, por así decirlo, nos dota? La cuestión radica justamente en saber qué valoración nos merece la naturaleza de los hechos que el saber científico nos exhibe. El hecho es que, desde el momento de la concepción, hay un ADN único que regulará un proceso de desarrollo, pero para el Poder Ejecutivo tal cosa es suficiente para entenderse habilitado a referirse a “vida humana” primero y luego, de un modo muy poco plausible, a “un sujeto [...] con un valor en sí mismo”. Lo que el texto hace es partir del valor cognitivo de la evidencia científica del papel de la cadena de ADN en la gestación del ser humano, y conectarlo, sin más, con la afirmación de que estamos ante un sujeto con un valor intrínseco, y referir ambas afirmaciones –unicidad del nuevo ADN formado desde la concepción, como certeza científica, y valor intrínseco de la vida humana– a la entidad que comienza con la gestación. En efecto en nuestra cultura se comparte la idea de que un sujeto humano, es decir una vida humana cuando alcanza a ser una persona, posee un valor de por sí que no depende ni de la estimación de los demás ni de su utilidad⁴. La referencia a persona o a sujeto, que es el término que introduce el texto del veto, no consiste en una evidencia científica sino que se trata, en un sentido amplio, de nociones evaluativas o como afirmaba Locke, “El término persona es forense [...] Es un término forense, que imputa las acciones y su mérito; así pues, pertenece únicamente a agentes inteligentes que son capaces de una ley y de ser felices y desgraciados” (Locke, 2004).

El argumento expresado, en su sustancia, es uno de los más recurridos por los contrarios a la licitud del aborto. Su novedad está en el abandono de la referencia al feto, usual en los debates sobre la cuestión, por el ADN. En el argumento antiaborto clásico se aduce que el feto es una vida humana, por lo que el aborto equivale a matar a una persona, se trataría del homicidio de un inocente. Se produce un deslizamiento de “feto” como entidad biológica, a “vida humana”, y de aquí a “persona”, en el caso que nos ocupa los términos

(4) Una intuición básica en nuestra moral es expresada por Kant en una de las formulaciones del imperativo categórico: “obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio” (Kant, 1967: 84). La consideración de la persona como un fin en sí misma es congruente con la idea de que es algo con valor en sí mismo, independientemente de la valoración de los demás o de su utilidad, utilizando el modo de expresión de los fundamentos del veto. Pero hay que tomar en cuenta que Kant continua afirmando que “El fundamento de este principio es: la naturaleza racional existe como un fin en sí mismo. Así se representa necesariamente el hombre su existencia [...]”, (ídem). ¿Qué sentido puede tener hacer estas afirmaciones refiriéndonos al producto de la concepción desde sus primeras etapas?

relevantes son ADN, vida humana y sujeto. Consideramos que la preferencia por la referencia al nuevo ADN, antes que la más habitual al feto, para la nueva entidad que surge desde el momento mismo de la concepción, no es relevante para lo que consideramos. En ambos casos entre los dos extremos de los términos utilizados (ADN o feto y persona o sujeto) se produce un desplazamiento, cuyo propósito retórico es legar la certeza científica del hecho, la presencia efectiva del feto o del nuevo y único ADN, a la atribución ética a esta entidad del valor ético intrínseco propio de una persona, tal como se dice a veces en el debate, o a la mera existencia de un sujeto, tal como se expresa en el veto. El uso de la referencia a ADN, en vez de la más común al feto, tiene el efecto de traer la pretensión de intangibilidad ética a los comienzos del proceso, ya que el nuevo ADN queda formado unas 22 horas después de que el espermatozoide penetra en el óvulo y la fertilización se realiza, con lo que la prohibición del aborto pretende proteger al cigoto inicial.

En lo que sigue nos referiremos a feto⁵, para permanecer en el contexto en el que se ha producido la reflexión ética. Si estamos o no ante un feto es una cuestión de hecho, como lo es la indudable circunstancia de que éste posee un código genético propio, producto de la combinación de los códigos de los padres. En cambio, determinar que estamos ante una persona, es decir ante alguien que es sujeto de derechos que nos imponen obligaciones, es una cuestión normativa. Entre los dos extremos, la expresión “vida humana” funciona como un término deslizante. Es indudable que la nueva combinación genética es humana, pero “vida humana”, en este contexto pretende sugerir algo más y apunta a persona. Se trata de una expresión, que produce corrimientos en los significados de nuestro lenguaje. Recurriendo a ejemplos extremos para mayor claridad: no tendría sentido hablar de una piedra como si fuera una persona, pero si lo tiene plenamente designar de esta manera a un humano adulto cualquiera. Tratándose de un feto no tendría sentido imputarle actos de cualquier tipo que permitan considerarlo como un agente, en todo caso sólo podríamos hablar, en sus primeras etapas de desarrollo, de movimientos reflejos. En última instancia la plausibilidad del argumento radica en que el feto es una persona en potencia, no en que sea actualmente persona⁶: “Tiene sentido, tratándose de un feto hablar de las probabilidades de que llegue a ser una persona, no de que lo sea” (Engelhardt, 1974: 220). Sólo metafóricamente podemos decir que el feto actúa de un modo u otro. Usar el lenguaje libremente o según particulares tradiciones no crea dificultades de por sí, el problema

(5) Utilizaremos en todos los casos el término “feto”, y no las diversas distinciones que se hacen en embriología, por ejemplo cigoto, embrión y feto, entre otras, pues no las consideramos relevantes para lo que discutimos.

(6) El *locus* clásico de la distinción entre potencia y acto es Aristóteles en *De Anima*.

surge cuando tomamos dichas metáforas como designaciones, y derivamos de ellas obligaciones. Lo que se pretende es que si algo puede llegar a ser una persona debe ser legalmente protegido como tal, pero en verdad: “El valor de un potencial estado futuro, indica que estamos ante algo valioso, no que su valor sea el del estado futuro” (Engelhardt, 1974: 224). El problema es que, una vez aceptada la naturaleza humana de las primeras células engendradas, todavía queda por determinar valorativamente su status: “las primeras células embrionarias, a saber el cigoto, ¿son de algún modo, ya sea material o simbólico, especiales?” (Fagot-Largeault, 2008: 115).

A lo que la peculiaridad del feto obliga es al reconocimiento de que moralmente merece una actitud diferente a la que la mujer podría tener ante otros eventos fisiológicos que ocurran en su cuerpo. Intuitivamente nos percatamos de que ésta éticamente ha de tener una responsabilidad diferente a la que puede experimentar ante la posibilidad de otra intervención quirúrgica cualquiera sobre un órgano propio, pero esto no equivale a creer que estemos en una situación que implique derechos encontrados, como se ha afirmado en el sentido de sostener la existencia de un conflicto entre el derecho a la vida del feto y la libertad de la mujer de disponer de sí misma. Un feto no es una persona ni biológica ni síquicamente, y los únicos derechos en juego en la situación son los vinculados a la autonomía de la mujer y a su ejercicio responsable.

Se suele a argumentar que si aceptamos que un niño recién nacido es una persona que merece nuestra protección, un minuto antes de nacer no tenía cualidades tan diferentes, por lo cual su presencia merecería igual consideración⁷, lo mismo dos minutos antes, y así hasta el momento de la concepción. Este argumento incurre en lo que se conoce como la falacia del continuum: si un grano de arena no es un montón, uno más tampoco y así sucesivamente, si algo no es suficiente para constituir un hecho, tampoco lo es cualquier instancia sucesiva que sea insuficiente en sí misma para generarlo. Pero esta falacia no prueba que nuestro conocimiento de la existencia de montones de arena o de las situaciones intermedias, en las que dudemos si es adecuado afirmar que estamos ante un montón, constituyan en verdad absurdos. Sabemos que al referirnos a montón no hablamos de algo cuyas propiedades dependan de

(7) En verdad en nuestro Código Penal el homicidio de un recién nacido hasta los tres días, si se realiza por un pariente próximo por razones de honor, se considera infanticidio *honoris causa* (art. 313) y se lo castiga con una pena menor. Esto permite ver que el criterio jurídico no siempre coincide con la reacción emocional que normalmente se tiene ante la muerte de un recién nacido. Jurídicamente se siguen criterios que establecen diferencias en el valor de la vida en un caso y otro tomando en cuenta las circunstancias mencionadas, según criterios propios de una moral social que podemos considerar que ya no está vigente.

las instancias singulares consideradas de una en una. Del mismo modo si se afirma el derecho a la vida de un recién nacido, nuestro criterio ético nos impone respetar la vida del que está por nacer, pero no se está comprometido lógicamente con el reconocimiento del derecho a la vida de un feto de dos meses (Madeira, 2004), y menos con el de las primeras células portadoras del nuevo ADN. Los antiabortistas aducen que quienes sostienen la posibilidad de sostener un criterio de este tipo, quedan en una situación de pendiente resbaladiza: si es lícito interrumpir la gestación en sus primeras etapas, ¿en cuál de los momentos subsiguientes, que no serían diferentes de un modo significativo, se considera que la intervención se convierte en un homicidio? Pero los partidarios de la libre opción en sus versiones gradualistas –posición a la que estimo más acorde con nuestras intuiciones éticas– justamente consideran que esa diferencia significativa en el desarrollo del feto puede ser establecida. Usando metafóricamente, como imágenes, la terminología aristotélica, diríamos que seguramente el aborto puede ser moralmente lícito cuando el feto sólo posee vida en su sentido más básico, el “alma vegetativa”, y quizás dejaría de serlo cuando comienza el desarrollo de las sinapsis neuronales y aparece actividad organizada del cortex cerebral, entre las 25 y las 32 semanas. Aquí podemos presuponer que estamos ante un ser sintiente, o sea que se han sentado las bases del “alma animal”, Aristóteles *dixit*. Es de destacar que el proyecto de despenalización era bastante conservador en la preservación de la capacidad de opción de la mujer, pues la resguardaba hasta el tercer mes (12 semanas).

Cuando se alude a los aspectos científicos del desarrollo del feto, en vez de una contribución a aclarar el problema, lo que se hace por lo general, desde el punto de vista ético, es incrementar la confusión. Estamos ante un problema que, como distinguía nuestro Vaz Ferreira, no es explicativo, sino de naturaleza normativa (Vaz Ferreira, 1963). Se trata de una típica disputa práctica, y lo que hay que dilucidar, en este caso, es si la decisión sobre el aborto pertenece a la esfera individual, es decir si es competencia de la ética personal, de tal modo que forma parte de una ética que entre sus valores centrales incluye una fuerte valoración de la libertad individual, propia de las sociedades pluralistas contemporáneas, que, como tal debe ser dejada al libre arbitrio de las mujeres directamente implicadas; o si, en cambio, afecta aspectos de la concepción colectiva de la sociedad sobre la vida, que atañen a la moral mínima que indispensablemente debe ser defendida, lo que legitimaría la prohibición penal. Sostenemos que la filosofía, como sucede en otros dilemas, no puede solucionar decisivamente el problema de fondo

de la licitud moral del aborto⁸. En especial, en la medida que en el caso cumplen un papel decisivo concepciones globales sobre la vida que se debe llevar adelante y los fuertes aspectos emocionales conexos. En estos casos la discusión racional no puede ser causa suficiente en los cambios afectivos necesarios. Pero lo que una deliberación bien conducida sí podría aclarar, es el contenido y alcance de lo que se está discutiendo y ubicar el nivel y tipo de la divergencia. Todo esto, creemos, colaboraría con la posibilidad de desarrollo de un debate lo más racional posible.

Siguiendo el planteo de Ronald Dworkin (1994), creemos que un buen abordaje del núcleo del problema es distinguir dos posiciones ante la cuestión. Por una parte los contrarios a la legislación permisiva afirman que, dado que la vida humana comienza en la concepción, el feto desde ese momento ha de ser considerado como una persona⁹, por lo que el aborto sería de hecho un asesinato, más precisamente el asesinato de un ser indefenso, y del mismo modo que moral y derecho castigan el homicidio, el aborto ha de ser penalmente sancionado¹⁰. La otra parte señala que, frente al feto, no se está ante una per-

(8) Como sucedió con Carlos Vaz Ferreira que, al ser consultado en 1935 sobre las propuestas de reforma al Código Penal para volver a criminalizar el aborto y la eutanasia, se excusó de pronunciarse porque “yo no puedo, para considerarlos y razonar bien sobre ellos ponerme en el estado de espíritu que sería necesario [...] no puedo razonar ni discutir razones sobre nada que afecte la vida humana”, y declara que la consideración del aborto le produce “horror: ese ser vivo, chiquito; ¡tan indefenso!” (Vaz Ferreira, 1963, tomo XVIII: 57). Es interesante tomar en cuenta que el horror que declara que le produce la idea del aborto, no lo lleva a apoyar una posición favorable a su criminalización, tal como finalmente se aprobó, sino que a excusarse de tomar alguna. Es indudable que en sus sentimientos Vaz Ferreira es profundamente contrario al aborto, pero requerido de pronunciarse sobre un cambio legislativo que propone introducir una ley prohibitiva considera que, más allá del valor que le da los sentimientos en su concepción ética, debe abstenerse de tomar posición.

(9) La Universidad Católica afirma (9 de noviembre 2002) que el feto es un individuo de la especie humana, y por lo tanto persona según lo dispuesto por el art. 21 del Código Civil, que en su primer párrafo declara “Son personas todos los individuos de la especie humana”, que junto con la afirmación de que el feto es un individuo de la especie humana forma un silogismo de clara conclusión. Así se da por resuelto lo que es un tema jurídicamente muy discutido: cuál es el comienzo de la vida para la persona, y qué peso tienen las consideraciones del mismo Código sobre la viabilidad. En todo caso las discusiones jurídicas son subsidiarias de decisiones de política legislativa. Si tomamos en cuenta que la existencia del delito de aborto ha sido uno de los argumentos para fundar la afirmación del comienzo de la personalidad antes del nacimiento, se usa la idea de persona para fundar la existencia del delito de aborto, y la prohibición del aborto para fijar el comienzo de la persona, con lo que se cae en un círculo vicioso.

(10) En cuanto al comienzo de la personalidad, considerada en relación con la cuestión del aborto, la dispersión de posiciones es significativa. Las posturas contrarias a la despenalización, en su mayoría, consideran que desde el momento de la concepción estamos ante una persona. Afirma Maurice Beauchot que desde el momento de la concepción estamos en esencia ante una persona y que los atributos que aparecerán en su desarrollo son accidentales (Beauchot, 2001, citado por Luna y Salles, 2008). Por su parte Stephen Schwarz diferencia entre “ser persona” y “funcionar como persona”. Funcionar como persona significa actuar, sentir, hablar y pensar como persona, ser persona es tener la capacidad básica de funcionar como tal, aun si ésta no está actualizada (citado en Luna y Sa-

sona ni legal ni moralmente, sólo ante un conjunto de células cuyo desarrollo está programado genéticamente. Hasta que aparecen las bases biológicas para la viabilidad, se trata de un ser que nunca ha experimentado algo que podamos llamar con sentido, vida síquica.

La retórica de la discusión se suele servir de la distinción aristotélica entre potencia y acto, y los que no están de acuerdo con el derecho de la mujer a interrumpir la gestación, extraen de este par de nociones una aplicación normativa falaciosa. Se dice que si consideramos nuestro propio caso, todos entenderíamos que nuestros intereses fundamentales se habrían visto afectados si se nos hubiera impedido nacer mediante un aborto. A partir de esta idea, que intuitivamente es plausible, se pretende erróneamente derivar que el feto, que sería potencialmente una persona, al ser abortado, ve violados decisivamente sus intereses. El error es que en verdad no son afectados los intereses o derechos de ninguna persona, pues ésta no llegó a nacer, y en consecuencia los intereses potenciales no son realidades, no hay intereses afectados. La imputación de intereses al feto, sobre todo en etapas en las que ni siquiera hay una actividad neuronal suficiente para suponer la existencia de alguna sensibilidad, la imputación de, por ejemplo, un interés en nacer que merecería protección jurídica, es un error:

La cuestión de si el aborto es contrario a los intereses del feto depende de que el propio feto tenga intereses en el momento en que se practica el aborto y no en que vayan a desarrollarse intereses si no se practica ningún aborto (Engelhardt, 1974: 220).

En las primeras semanas el feto carece completamente de las bases para la actividad cerebral, los registros electroencefalográficos muestran actividad encefálica recién a partir de la décima semana. Es también neurológicamente verificable que no es razonable suponer que el feto sea capaz de sentir dolor hasta que aparece la conexión entre el tálamo y el neocórtex, lo que ocurre recién después de la mitad del embarazo. A nivel de expertos se entiende que un límite razonable para proteger una posible sensibilidad se da sobre las 26 semanas (Gobstein, 1988).

La falta de actividad cerebral identificable por un electroencefalograma hasta avanzado su desarrollo es un indicador de que el feto no puede contar

lles, 2008). Lo común a estas posiciones es afirmar una presencia esencial, el ser o la presencia actual de una persona, que, más allá de que aún no se manifieste plenamente, impone la obligación de preservar su vida. El supuesto metafísico que da sentido a lo que afirman es sostener la existencia de la persona desde el comienzo de la vida basada en la creencia en una esencia, cuya existencia sería previa e independiente de una manifestación específica de su base material.

en el mundo como una persona¹¹. No ha “llegado a establecer una presencia en el mundo con la base física necesaria para que podamos hablar de una presencia personal” (Engelhardt, 1974: 222). El debate sobre este punto, el de la línea a partir de la cual comienza la persona, se parece a veces a demorarse en cuestiones como la de cuantos granos de arena forman un montón. En suma, lo que está en juego es una distinción entre si estamos ante una vida humana en sentido sólo biológico o si se trata de la aparición inicial de una presencia en el sentido personal. La intuición general sobre el asunto es que si “no se puede tener el desempeño propio de un ser humano en ningún sentido relevante, no se lo es. La esencia está manifestada en la existencia.” (Engelhardt, 1974: 223). Dado que es muy discutible a partir de cuándo se puede tener el desempeño propio de un ser humano, como ya afirmamos, una presencia valiosa a preservar, con un criterio de amplia salvaguarda, se puede fijar desde cuando podemos presumir que hay un ser sintiente¹².

La creencia de que hay una esencia personal desde la formación del nuevo ADN, a la que le resta manifestarse en el proceso de crecimiento, y que como tal debe ser protegida, supone, para tener sentido, creer en algo así como un alma presente previamente a la aparición de actos imputables en

(11) Tomás de Aquino, cuya filosofía es un desarrollo católico de Aristóteles, expuso una concepción holística de la persona, con una valoración del cuerpo superior a la negación platónica de su valor en Agustín. Esto le permitió ubicarse en una perspectiva más próxima a las intuiciones que naturalmente tenemos de nuestro cuerpo, sin desmedro de ser un intérprete de la visión del mundo de su época, en especial en lo relativo la diferencia de sexos, concibiendo que el papel fundamental de la mujer es el que cumple en la reproducción, en la cual le tocaría el rol pasivo de aportar la materia del nuevo ser, mientras que el hombre es quien pondría en el proceso el principio activo de la forma. Pero lo que importa para lo que estamos considerando es su idea, de fuerte inspiración aristotélica de que el alma racional (la propiamente humana) se incorpora al feto sólo después del alma vegetativa (“cuando el embrión vive la vida de una planta”), a lo que Tomás de Aquino continúa afirmando que: “esta perece y es sucedida por un alma más perfecta de carácter nutritivo sensitivo y entonces el embrión vive una vida animal, y cuando esta fallece, es sucedida por el alma racional” (de Aquino, 1975, 2.89.11). Quien fue canonizado y considerado “Doctor Angélico”, participó de las creencias de la época y creía que el principio del alma racional era aportado por el semen paterno, pero lo más relevante es que en la antropología de la Iglesia Católica está inscrito un modo cercano a la intuición natural que piensa que la hominización del feto se alcanza en una etapa en la que la gestación ya está avanzada. Así lo consideran teólogos como Joseph Doncell (1970) y recientemente el teólogo y sacerdote Hans Küng, que apoyado en el magisterio de Tomás de Aquino, afirmó que “La prohibición absoluta de la Iglesia del aborto es un extremismo despiadado que podría ser cualquier cosa menos cristiana [...] Debido a que la persona humana, dice Santo Tomás de Aquino, presupone un *anima intellectualis*, un intelecto, lo que distingue a los humanos de los animales, está claro que al principio no es una persona humana” (declaraciones en el diario *California Catholic Daily*, 06/04/2007).

(12) Un criterio de esta naturaleza es pasible de la observación de que, para ser consistentes, con el mismo juicio deberíamos oponernos al sacrificio injustificado de cualquier animal. Pero no nos sentimos obligados a adoptar ahora una posición sobre esta cuestión, lo que estamos buscando es un punto de consenso lo más amplio posible sobre el problema que nos ocupa, aún a costa de poder incurrir en una parcialidad especista.

algún sentido al individuo en cuestión. Equivale a creer el siguiente condicional: si en las personas cuando están desarrolladas hay algo así como una sustancia racional, esta ha estado presente *ab initio*. En esta perspectiva lo único que puede afirmarse con certeza, tratándose de un proceso gradual, es que la vida comienza con la concepción¹³, pues marcar cualquier momento posterior sería arbitrario –¿cuál sería el valor moral de qué aspecto de ese límite?– de tal modo de que moralmente no habría diferencias entre el feto y un niño, las diferencias de hecho, su ubicación dentro o fuera del cuerpo de la mujer, la interrupción de la conexión umbilical o el hecho de respirar, no puede explicar que sea un homicidio matar un niño y no lo sea extinguir la vida de un feto. Para las posiciones más radicales contrarias a la despenalización, dado que la sacralidad es un valor intrínseco, las consideraciones que se hagan sobre las posibilidades o la calidad de esa nueva vida, no jugarían ningún papel. Esta es la posición oficial de la Iglesia Católica. Simplemente sería malo matar, sin importar ninguna otra consideración, como ser defectos graves en el feto, el hecho de que la vida de la mujer corra peligro, o que el embarazo sea el fruto de una violación.

La posición contraria a la libre opción de la mujer se deriva de creencias sostenidas por algunas de las concepciones densas sobre el hombre presentes en nuestra sociedad, que de ningún modo son las únicas. Por ejemplo, en otras perspectivas, con más influencia en el pensamiento contemporáneo, como la de Locke, se sostiene que si dejamos de lado los predicados, muy poco es lo que podemos decir de la sustancia en cuestión, no mucho más allá de la afirmación de que la supuesta sustancia es la portadora de los predicados o de su unidad. Sostener la continuidad de algo que se manifiesta en el tiempo pero nos exige obligaciones penalmente punibles desde el comienzo del proceso, es incurrir en el mismo tipo de confusión en el que caeríamos si nos preguntáramos en lo que va desde el feto de un perro al perro propiamente dicho, cuando es que aparece la “perreidad”, cuestión que lógicamente no es diferente al del comienzo de la “personalidad”: “El valor de un futuro estado potencial confiere a un objeto valor. Pero no el valor actual de ese estado futuro” (Engelhardt, 1974: 224). Salvo que, según la herencia de la filosofía aristotélico-tomista, se crea que algunos de los términos del lenguaje designan entidades sustanciales, reales más allá de

(13) La concepción en el sentido de aparición de un ser con un código genético propio, no es simultánea con la fecundación, pues desde que el espermatozoide penetra al óvulo, pierde su cola, los dos protonúcleos se unen y forman el nuevo código genético, transcurren unas 22 horas. La oposición de la Iglesia Católica a los métodos anticonceptivos en general, como ser el uso del preservativo, claramente expresada en la encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI, responde a razones distintas que a la de la preservación de la vida.

su manifestación, en cambio nos parece más plausible sostener, según por ejemplo la perspectiva contemporánea wittgensteniana¹⁴, que el significado del lenguaje, del cual depende nuestra ontología, es cuestión de uso social, de las formas de vida en las que se despliegan los juegos de lenguajes por medio de los cuales nos comunicamos. Si se sigue esta perspectiva, resulta que “no es verdad que el feto sea un ser humano, pero no es falso tampoco” (Wertheimer, 1983: 56-57).

Para los que no creemos en morales eternas derivadas de la voluntad divina, nuestras categorías morales se forman y establecen en la interacción social, en condiciones calificadas. Pero en el caso de la gestación:

el campo de interacciones es tan mínimo que no estamos obligados a considerar al feto de ninguna forma en particular [...] Un feto no es un objeto que podamos tratar como queramos, pero tampoco es una persona a la que debemos tratar como quisiéramos que nos trataran (Wertheimer, 1983: 59, 60).

Quienes afirman la continuidad de la identidad de la persona desde que se ha constituido su identidad genética, son llevados a particulares oscuridades conceptuales, ya que si la identidad decisiva queda constituida con el ADN, este sigue existiendo después de la muerte, y a nadie se le ocurriría afirmar sobre esta base una sobrevivencia de la persona. La tecnología actual hace aparecer otro problema. Ahora no es una mera especulación fantasiosa la posibilidad de reproducción de individuos por clonación a partir de algunos tipos de células no reproductivas del cuerpo. Cada uno de nosotros posee algunas células portadoras del código genético, que podrían dar lugar a un ser humano completo en un proceso con continuidad genética. Pero es absurdo suponer que tal cosa implique obligaciones morales respecto a esas células. En la procreación, tal como ahora sabemos, la identidad genética queda fijada con la concepción, en la clonación estaría fijada en cada una de las células equipotenciales utilizables cuando comienza un proceso técnicamente producido. La continuidad genética tampoco es invariable a partir de la concepción, pues se pueden producir mutaciones incluso en el tejido germinal. Este tipo de observaciones sirven para ilustrar las confusiones que se producen cuando, desde la mera constatación biológica de la constitución del nuevo ADN, pretendemos derivar consecuencias morales o legales. Nuestros valores nos permiten derivar directamente o no de la biología un acto valorativo, por ejemplo la constatación de que estamos ante una entidad que nos merece especial consideración, pero esto no es fundamento suficiente para una norma que penalice el aborto.

(14) Principalmente en Wittgenstein (1988).

La colisión de valores

Según Dworkin el conflicto sobre el aborto ha de ser considerado un problema entre valores encontrados, antes que como una colisión de derechos. Sostiene que lo que está en discusión no es la afirmación de la intangibilidad de la vida del feto, pues ni siquiera los más fervientes antiabortistas afirman seriamente que el feto sea “plenamente una persona moral con derechos e intereses de igual importancia que los de cualquier otro miembro de la comunidad moral” (Dworkin, 1994: 21-22)¹⁵.

La afirmación del valor de la vida en formación se suele hacer bajo la atribución del carácter sacro a la vida humana. Esta atribución es compartida extensamente, tanto por creyentes como por quienes no lo son¹⁶, con matices varios. Incluso muchos partidarios de la libertad de opción de la mujer, comparten esta afirmación. De todas formas la defensa más terminante de la sacralidad de la vida humana es la que lleva adelante la Iglesia Católica.

Según Pablo VI en la encíclica *Humanae Vitae*, al transmitir la vida humana los esposos son “colaboradores de Dios”. En este sentido una vez iniciado el proceso de procreación, éste escapa a la disponibilidad de los padres, se rige por leyes morales objetivas, esto es “leyes naturales”, y el aborto, incluso por razones terapéuticas, no es lícito, la vida del feto no es algo disponible. En la encíclica papal de 1995, *Evangelium Vitae*, Juan Pablo II expresa, aún más vigorosamente, que el aborto es “un asesinato”, y las leyes que lo permiten serían “intrínsecamente injustas” y “no son moralmente vinculantes”, exhortando a oponerse al aborto y a las leyes que lo permitan. Dadas las connotaciones religiosas del calificativo “sagrada”, podemos, en una perspectiva laica, entender que lo que se afirma con éste es el valor intrínseco de la vida, su estimación en sí misma y no en función o en relación con otros valores. Del mismo modo muchos creen que hay valores intrínsecos en

(15) Sin embargo los argumentos antiabortistas suelen presuponer la existencia de una persona desde la concepción, lo cual, si se pretende mantener la consistencia, no dejaría ningún margen para tratar al aborto con criterios distintos a los que se aplican para cualquier homicidio. Sólo recientemente se ha producido un desplazamiento en el debate, desde la cuestión de la línea para señalar el comienzo de la vida personal a la discusión sobre los valores implicados en la cuestión. Este es un cambio en el centro de la discusión, del cual el conjunto de argumentos de Dworkin es uno de los factores que lo produjo.

(16) Contra la sacralidad de la vida, especialmente en su utilización en las posiciones antiaborto o contra la eutanasia, ha reflexionado Peter Singer (1994) contraponiéndole un principio de calidad de vida.

el conocimiento y en el arte, y recientemente también se ha afirmado lo mismo de la democracia, en las llamadas concepciones epistémicas de ésta. Lo que se afirma respecto al valor de la vida en el debate sobre el aborto, es que la vida del feto no ha de ser valorada según consideraciones sobre la calidad de la vida del futuro niño, o las cargas que impone su gestación a la mujer.

Dworkin considera que si se percibe que lo que está en juego es el valor de la vida y no el reconocimiento o negación de un supuesto derecho a la vida del feto, cambia el régimen de la discusión. Tener derechos es tener un interés protegido, y en verdad es muy discutible hablar de intereses, si ni siquiera ha habido vida síquica. Pero aún así podemos pensar que es malo abortar, del mismo modo que una gran obra de arte no tiene intereses pero es malo destruirla.

Las oposiciones de valores, según Dworkin, habilitan a entender que no se trata de un conflicto de absolutos, dado que lo que se juzga en términos de bueno o malo, admite juicios comparativos de grado, del tipo mejor y peor que. Así consideradas las cosas, no serían inconsistentes aquellos opositores al aborto que admiten excepciones, como en el caso de embarazos provocados por violación. En cambio, si se tratara del derecho a la vida del feto, este no puede ser afectado por una circunstancia respecto a la cual es inocente, si el problema, en cambio, es que es malo poner fin a la vida del feto, se puede considerar que es peor la situación de una mujer que debe llevar en su cuerpo el fruto de una violación.

Esta perspectiva ha sido influyente y, tal como lo dijimos, señala una modificación en el régimen de discusión del aborto. Pero ha tenido opositores, y ha despertado críticas. Judith Thomson (1995) recuerda que la *Evangelium Vitae* señala textualmente que el aborto “es el asesinato deliberado de un ser humano inocente”, por lo que constituye la violación del “derecho a la vida de una persona humana actual” y es un acto inaceptable, aunque se haga para ayudar a otro. Esto resulta difícilmente reductible a una afirmación sopesable con otras valoraciones sobre el aborto, como pretendería Dworkin. Además Thomson considera que, tratándose de una valoración, lo relevante es que, en sí misma, no es cognitivamente evaluable: “No conozco razones conclusivas para negar que un huevo fertilizado tenga derecho a la vida –por lo que no hay una refutación conclusiva a la aserción de la encíclica de que posee derecho a la vida” (Thomson, 1995).

Pero, a igual título, afirma Thomson, tampoco hay razones suficientes para reconocerle al feto un derecho a la vida, y las remisiones papales a una supuesta Ley Natural, evidente a la razón, hace bastante tiempo que han perdido su pretendida evidencia para nuestra epistemología moral. La mera proclama de la encíclica no puede ser el fundamento de la consideración de la interrupción de la gestación como delito, pues se trata en sí misma de una actitud no constatativa sino que legislativa, comparable a la del francés absolutista Bossuet cuando declaraba “tengo el derecho de perseguirte pues estoy

en lo cierto y tú te equivocas” (citado en Thomson, 1995). Estamos entonces ante cosmovisiones encontradas que se dan en una misma sociedad. Si consideramos la cuestión como un choque con religiones, podemos, recurriendo a una expresión de Robert Audi, llamarlo:

el problema de las sensibilidades religiosas. Se trata de un problema no con la ley, sino por la conciencia individual. [...] Supongamos que consideramos la cuestión de la asistencia al suicidio y la clonación de seres humanos, y creo que Dios nos ha dado una forma natural de la muerte y de reproducción, y que cualquier otra manera es irreverente e inmoral. ¿Es esto creencia de una base ética suficiente para tratar de disuadir a los laicos colegas científicos de tratar de clonar seres humanos o incluso de apoyar a este procedimiento dramático? (Audi, 2007: 30)

Como afirma Audi, lo mismo se puede decir del aborto, pues las creencias sobre los que nos parece acorde a natura no pueden ser una base suficiente para tratar de disuadir a los laicos, y mucho menos para ilegalizarlo.

La cuestión del aborto y nuestro arreglo institucional

Como ya lo hemos señalado, en la disputa sobre la despenalización del aborto estamos ante un tipo particular de conflicto entre valores, de cuya resolución depende si ha de predominar la preservación de la vida del feto o la libre decisión de la mujer sobre un proceso que ocurre en su propio cuerpo. Se trata de un tipo de conflictos que no es susceptible de solución racional (Larmore, 1996), porque en él están en juego cosmovisiones con implicaciones incompatibles y que afectan las sensibilidades de un modo que no puede ser solucionado por nuevos descubrimientos o argumentos¹⁷. Esta situación es consecuencia de la pluralidad de cosmovisiones que coexisten en nuestras sociedades, en particular a partir de la complejidad social y aceleración de los cambios desde la modernidad. Como recuerda John Rawls en *Political Liberalism*, el aprendizaje de la tolerancia en la coexistencia entre distintas visiones del bien, fue resultado de un duro aprendizaje, la forma en que Europa salió de las prolongadas guerras de religión del siglo

(17) No estamos afirmando que estos conflictos no puedan de hecho desaparecer, sino que muchas veces más que resolverse lo que sucede es que se disuelven por cambios en las cosmovisiones vigentes, pero esto no depende del desarrollo de la argumentación solamente, sino del complejo de factores que inciden en el cambio de las ideas y de las sensibilidades.

XVII¹⁸. El problema que queda planteado es que a la pluralidad conflictiva se le impone la coexistencia, en una situación en que varias pretenden la hegemonía, pero la unificación bajo una sola concepción de la vida solo puede tener sentido, como proyecto, mediante la coacción estatal. Si en cambio se pretende la preservación de la coexistencia en la multiplicidad, tal cosa supone la construcción de un orden liberal. Esto supone que cada perspectiva densa ha de asumir las propias limitaciones para sus pretensiones de predominar sobre las otras, y aceptarlas como carga, ya que, como afirma Rawls (1995), para cada concepción densa la evidencia empírica y científica es difícil de establecer y de valorar; y aún cuando se estuviera de acuerdo en este aspecto, todavía pueden persistir diferencias sobre el peso de los distintos elementos; por otra parte nuestros conceptos sobre importantes cuestiones prácticas son vagos y, en consecuencia, pueden estar sometidos a diversas interpretaciones; además la manera como valoramos la evidencia y sopesamos los valores está condicionada por toda la experiencia vital y ésta en cada caso es diferente¹⁹.

En un régimen liberal una cuestión como la que nos ocupa ha de ser resuelta como un balance razonable de valores políticos. Según Rawls (1995: 230-231), los valores en cuestión son, entre otros, estos tres: el debido respeto a la vida humana, la reproducción de la sociedad política y “la igualdad de las mujeres respecto de los hombres, como ciudadanas iguales”. La consideración del equilibrio razonable entre los valores en juego “dará a la mujer el derecho debidamente calificado a decidir si terminará o no su embarazo durante el primer trimestre de la gestación en esta primera etapa del embarazo”. La razón del reconocimiento de este derecho de la mujer es que “en esta primer etapa del embarazo el valor político de la igualdad de la mujer respecto del hombre es abrumador, es el que prevalece sobre los demás, y que este derecho es necesario para darle fuerza y sustancia a esta igualdad ante la ley”.

Es esencial a las sociedades políticamente liberales el consenso sobre determinados procedimientos, con los cuales se forman los acuerdos básicos especialmente los que imponen restricciones a la libertad. Cuando se trata de limitar libertades, la carga de la prueba corresponde a aquellos que im-

(18) Dworkin (1994) incluso considera la disputa sobre el aborto como la forma actual de las guerras de religión.

(19) Conviene recordar lo que decía Vaz Ferreira de los problemas normativos. En ellos “lo que hay son soluciones posibles, con ventajas e inconvenientes, tal vez todas ellas con ventajas que no se pueden negar y con inconvenientes que no se pueden suprimir, siendo el problema práctico, y el sentido de la palabra solución, el de elegir la que tenga menores inconvenientes y mayores ventajas; y no siendo objeción dirimente contra una solución, la de que tenga inconvenientes” (Vaz Ferreira, 1963, tomo IV: 30-31).

ponen la limitación, en este caso quienes defienden la criminalización de la práctica. El aborto en las etapas tempranas no es moralmente ilícito, porque como hemos visto, estamos ante una cuestión cognitivamente indecidible y

el estado tiene el deber de probar que sus acciones son legítimas. Ahora bien, sin duda las leyes actuales del aborto restringen seriamente la libertad y disminuyen el bienestar de la ciudadanía. Una ley con ese efecto no es *ipso facto* injusta, pero el estado tiene el deber de demostrar que semejante ley es necesaria para alcanzar los fines legítimos del estado. Pero los costes sociales de las actuales leyes sobre el aborto son tan drásticos que sólo la conservación de vidas humanas podría justificarlas. Luego para justificar esas leyes debe demostrar que el feto es un ser humano. Pero si esto no puede hacerse en absoluto, el estado no puede hacerlo tampoco, luego las leyes deben ser consideradas una carga injustificable, y por lo tanto un ejercicio ilegítimo del poder. (Wertheimer, 1983: 86-87)

Bajo las actuales disposiciones de criminalización del aborto, las mujeres ven limitada seriamente su autonomía, pues el embarazo puede poner en riesgo actividades que hacen al desarrollo de su plan de vida, y lo mismo sucede, claro está, con el cuidado que exige un hijo. Llevar adelante una idea de la vida buena supone, en un grado significativo, disponer del propio cuerpo. Se ha pretendido reducir lo que es esta libertad a una ideología propietarista. Lo que en verdad está en juego son libertades y no algún concepto propietarista del cuerpo, favorecido por el predominio del “individualismo posesivo” como parece creer la Declaración de la Universidad Católica que habla del

“individualismo propietario” que caracteriza cada vez más nuestra sociedad. Tal afirmación [la mujer puede hacer lo que quiera con su propio cuerpo] no es sino la aplicación al propio cuerpo de lo que el Código Civil permite sobre aquello de lo que se es “propietario”. (Universidad Católica del Uruguay, 2002)

En efecto ha habido versiones propietaristas de la argumentación, como forma de acudir a una creencia común en nuestras sociedades, reclamando que las mujeres pudieran tener sobre sí mismas el mismo tipo de disponibilidad que los hombres para llevar adelante su vida. Pero en una comprensión recta de la reivindicación es obvio que no se está ante un ejercicio propietarista del ejercicio de eventuales antojos. Una mujer al afirmar que “debo poder disponer de *mi* cuerpo”, suele usar el pronombre *mi*, más allá de las eventuales confusiones producidas por la homonimia o por la interpretación sí propietarista del eventual lector, en el sentido de identificación y no de posesión. Lo que importa es un sentido kantiano de autonomía en la mejor de las tradiciones liberales, que puede, en su forma mínima, expresarse de la siguiente manera: “Es deseable que la gente determine su conducta sólo por la libre elección de los principios morales que, luego de suficiente reflexión y deliberación, juzgue

válidos” (Nino, 1989: 230). En cuanto al propio cuerpo, las pretensiones bien entendidas de las mujeres se refieren a la disposición de libertades y no a la administración *a piacere* de alguna propiedad.

Estamos entonces ante uno de los típicos conflictos de las sociedades complejas contemporáneas, en las que conviven distintas concepciones densas sobre la vida y el bien. En las sociedades del área cultural occidental, la admisión del pluralismo pasó a constituirse en un rasgo básico de su pacto fundamental. En relación con esta cuestión la postura de la Iglesia Católica no deja lugar a acuerdos posibles y, en consecuencia, de ella podemos afirmar que, en este aspecto, es parte de “Las únicas doctrinas comprensivas que se apartan de la razón pública [que] son aquellas que no pueden servir de soporte a un equilibrio razonable de valores políticos” (Rawls, 1995: 230). *Evangelium Vitae*, al afirmar que los defensores de la despenalización del aborto han perdido la capacidad de distinguir el bien del mal, pretende descalificar como interlocutores morales a quienes no comparten su visión. Todo depende ahora para el logro de consensos de la aceptación de su creencia de que “todo individuo de la especie humana está llamado por Dios a ser su hijo y a participar de la vida divina, y que este es el mayor valor de la vida humana” (Universidad Católica del Uruguay, 2002). Una afirmación como ésta sólo puede formar parte del magisterio que la iglesia entiende tener encomendado, pero no puede integrar la razón pública de nuestra sociedad.

La tradición uruguaya es moderada respecto a la criminalización del aborto. Al consagrar el delito de aborto, a la vez establece eximentes que liberan de la pena a la mujer en determinadas condiciones y dentro del tercer mes de gestación. El proyecto vetado recogía, dentro del mismo lapso de tres meses, estos eximentes como circunstancias que la mujer podía alegar para pedir que se le practique la interrupción abortiva, aunque en el proyecto finalmente era la que decidía, independientemente de los motivos que la impulsaran.

En cuanto a la opinión pública uruguaya, una encuesta de Cifra para el año 2000 muestra posiciones favorables a la libre opción, que varían según distintas hipótesis:

Cuando las preguntas se vuelven más concretas (“¿en caso de ... el aborto se debería permitir o se debería prohibir?”), desde hace al menos una década todas las encuestas conocidas (de Cifra y de otros encuestadores) muestran que el aborto debería ser permitido en casos de riesgo de vida para la embarazada, de probables malformaciones fetales, o de violación. Amplias mayorías (entre el 60 y el 80% de la población, según el caso) piensan de ese modo. Como sería absurdo permitir el delito, en estos aspectos la opinión de la mayoría claramente discrepa con la legislación uruguaya. Sin embargo, en otras circunstancias (problemas económicos, embarazadas solteras o menores de edad, por ejemplo) mayorías igualmente claras creen que el aborto no se debería permitir. Para la opinión pública no todos

los abortos son iguales. Algunos deben ser libremente decididos por las mujeres (son derechos femeninos), pero otros no deben ser aceptados por la sociedad: son delitos. (Dossier Aborto en el Uruguay)

Las encuestas obviamente no deciden de por sí un tema de esta naturaleza, ni muestran otra cosa que un estado de opinión, pero el hecho de que institucionalmente ambas Cámaras aprobaran la descriminalización está indicando, más allá de la legitimidad formal del veto practicado, que no se puede considerar un tema laudado en nuestra sociedad, en términos consistentes con lo que sería legítimo según las bases sustanciales de nuestro pacto político fundamental.

Bibliografía citada

- Andreoli, M. (2002). “El debate sobre el aborto en Uruguay”. En Revista electrónica *Actio*, I (1), diciembre. Montevideo: FHUCE.
- Audi, R. (2007). *Moral value and human diversity*. Nueva York: Oxford University Press.
- De Aquino, T. (1975). *Summa contra Gentiles*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, Libro 2.
- Doncell, J. (1970). “Immediate animation and delayed hominization”. En *Theological studies*, 1. Nueva Cork: Columbia University.
- Dossier Aborto en el Uruguay, disponible en: www.chasque.net/frontpage/comision/dossier-aborto/aborto.htm
- Dworkin, R. (1994). *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel.
- Engelhardt Jr., H. T. (1974). “The ontology of abortion”. En *Ethics*, 84 (3), abril.
- Fagot-Largeault, A. (2008). “The fetus in perspective: The moral and the legal”. En Laurence Thomas (ed.), *Contemporary debates in social philosophy*. Malden: Blackwell Publishing.
- Finnis, J. et al. (1983). *Debate sobre el aborto*. Madrid: Cátedra.
- Gobstein, C. (1988). *Science and the unborn*. Nueva York: Basic Books.
- Kant, I. (1963). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe.
- Larmore, C. (1996). *The morals of modernity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Locke, J. (2004). *An essay concerning human understanding*, Volume 1. Project Gutenberg eBook, disponible en: www.gutenberg.org/etext/10615.
- Luna, F. y A. Salles (2008). *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Madeiro, P. (2004). “Argumentos sobre o aborto”. En *Crítica: Revista de filosofía*, disponible en: <http://criticanarede.com/aborto1.html>
- Nino, C. S. (1989). *Ética y derechos humanos*. Barcelona: Ariel.

- Rawls, J. (1995). *Liberalismo político*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Singer, P. (1994). *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*. Melbourne: The Text Publishing Company.
- Thomson, J. J. (1971). “A defense of abortion”. En *Philosophy and Public Affairs*, 1 (1).
- Thomson, J. J. (1995). “Abortion”. En *Boston Review*, 20 (3) (verano), disponible en <http://bostonreview.net/BR20.3/thomson.html>
- Universidad Católica (2002). “Declaración de la Universidad Católica del Uruguay sobre el Proyecto de Ley de despenalización del aborto”, publicada en el diario *El Observador* (09/11/2002).
- Vaz Ferreira, C. (1963). *Obras completas*. Edición Homenaje de la Cámara de Representantes, XXV tomos, Montevideo.
- Wertheimer, R. (1983). “Comprender la discusión sobre el aborto”. En John Finnis et al., *Debate sobre el aborto*. Madrid: Ed. Cátedra.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. México: Crítica.

A modo de conclusión

En este estudio se propuso aportar –desde la investigación académica– al debate social y político sobre la despenalización del aborto en Uruguay, presentando un conjunto de información y análisis sobre la historia, evolución y estado actual del tema en distintos planos: el social y sanitario, el jurídico-legal, el filosófico-ético y el político-partidario y legislativo. Es nuestra convicción que solamente desde una mirada interdisciplinaria que contemple todas estas distintas dimensiones de un tema altamente complejo y polémico se podrá avanzar en un diálogo social amplio hacia una resolución integral del problema del aborto clandestino.

En países donde el aborto voluntario es legal, es posible contar con estadísticas oficiales sobre su incidencia, sin embargo en aquellos donde se lo considera un delito no se dispone de información precisa al respecto. Por ello se han desarrollado modelos para estimar la magnitud del fenómeno. En Uruguay se han implementado diversos procedimientos y modelos para contar con información que permita una aproximación a este dato. Desde comienzos del siglo XX y hasta comienzos del nuevo milenio se han instrumentado estudios que, con mayor o menor rigor científico y calidad de los resultados, han pretendido estimar la incidencia del aborto voluntario. Más allá de la discusión metodológica sobre la validez científica de los hallazgos, lo importante a registrar es la preocupación por disponer de información sobre la magnitud de un problema considerado de alto interés social y sanitario. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el aborto es una práctica presente en la vida de

muchas mujeres y parejas. Aún considerando las estimaciones más bajas, cada 40 minutos ocurriría un aborto voluntario en el país.

Esta realidad debe ser analizada en su complejidad social, psicológica, psicosocial, cultural y sanitaria. En nuestro país, al tratarse de una práctica considerada delictiva en la legislación vigente, ésta transcurre en la clandestinidad con los efectos y riesgos de distinta índole que ello implica. La clandestinidad se impone ya no como un contexto sino como un texto que determina los procesos de toma de decisión ante un embarazo inesperado y no deseado así como frente al acceso a una práctica menos riesgosa desde el punto de vista sanitario y legal. Los estudios disponibles que abordan esta compleja realidad son coincidentes en afirmar que el aborto clandestino es un proceso violento que expone a las mujeres y sus parejas a situaciones de vulnerabilidad sanitaria, emocional, social y legal. A pesar del cambio que se observa desde comienzos de este siglo en el tipo de procedimiento que se utiliza para interrumpir un embarazo (desde el aborto quirúrgico al aborto con medicamento), con márgenes de seguridad superiores desde el punto de vista sanitario, todo el proceso (el antes, el durante y el después) es vivido con incertidumbre y con temor a la sanción social y legal. Los efectos de la clandestinidad en la subjetividad de los protagonistas no son inocuos. A pesar de ello, el no deseo de hijo en ese momento de la vida y la resolución del problema (aún en las condiciones adversas que impone la clandestinidad) genera en las mujeres fundamentalmente sentimientos de alivio. La relación entre el origen del embarazo y las circunstancias en que tuvo lugar, el proceso de toma de decisión (la disponibilidad o no de apoyo afectivo) y el tipo de práctica al que se accede, determinan los sentimientos predominantes que surgen en el después del aborto. Sin desconocer que se trata de una decisión compleja, a veces dolorosa y ante la cual surge ambivalencia, en general las mujeres lo viven como un acontecimiento difícil pero del cual no se arrepienten. Algo similar sucede con los varones que acompañaron o protagonizaron de manera directa estas experiencias desde su lugar de parejas, progenitores, padres o hermanos.

En contextos legales restrictivos como el uruguayo el aborto debe ser considerado un problema de salud pública y un problema social que afecta la vida de quienes transitan por esta experiencia. La ilegalidad de la práctica no sólo no ha desestimulado su realización sino que la ha promovido en condiciones inseguras desde todo punto de vista. El sector salud, siendo un actor clave, se ha involucrado más bien recientemente en esta realidad. Uruguay se ha caracterizado por ser un país de relativamente baja mortalidad materna en el escenario regional. Entre otras cosas, debido al desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que se iniciaron a mediados del siglo XX, promoviendo el temprano control del embarazo y la atención institucional del

parto. Sin embargo, el retraso en implementar políticas integrales hacia la salud de las mujeres y en particular en salud sexual y reproductiva, ha generado que en el sistema institucional de la salud perviviera durante muchos años una actitud pasiva frente al período del puerperio y frente a las complicaciones derivadas de los abortos inseguros.

El desarrollo de políticas y programas para promover y proteger el acceso a la salud sexual y reproductiva, particularmente iniciadas hacia fines de la década de los '90 han buscado favorecer el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Más particularmente la adopción de la Ordenanza 369 y su inclusión en la Ley 18.426 puede considerarse un paso importante en la estrategia de disminución del riesgo, pero no deja de ser un recurso con limitaciones para resolver el acceso al aborto seguro. Mientras éste siga siendo considerado un delito, el margen de intervención del sector salud será limitado. Para garantizar el acceso a servicios de aborto legal y seguro, entre otras cuestiones, se deberá resolver jurídicamente el conflicto que genera la tensión entre las creencias religiosas y/o morales de los profesionales y la atención a la salud de las mujeres en situación de aborto. Este es un asunto complejo que ha llevado a postular las nociones de secreto profesional y objeción de conciencia como asuntos éticos críticos de las prácticas sanitarias, sobre los cuales no hay posición única. El tratamiento de este problema debe considerar la relación profesional-usuaria de la salud como una práctica inserta en determinado marco institucional y regulatorio, y no quedar limitado a un asunto de colisión de derechos individuales.

En la historia del Estado moderno uruguayo el debate sobre la (des) penalización del aborto irrumpió en el ámbito legislativo en la década de los '30, al no tipificarse el aborto como delito en el nuevo Código Penal redactado por el jurista Irureta Goyena y aprobado por el Parlamento en diciembre de 1933. Este hecho asombroso –no sólo en el contexto nacional, sino también en el concierto regional y mundial– parecía reflejar un consenso social bastante generalizado en la época. La prohibición y penalización del aborto, establecida por el viejo Código de 1889, no había impedido que fuera práctica común contraceptiva, tal como lo demostraban las estadísticas recogidas por el médico Augusto Turenne, en las primeras décadas del siglo XX y reseñadas en esta publicación. Las uruguayas recurrían frecuentemente a los servicios ofrecidos por parteras a través de la prensa, reflejando la rebelión de las mujeres contra el tradicional rol de género que les fuera asignada culturalmente así como la inclinación más generalizada de la sociedad a favor del control de la natalidad, dando lugar a una temprana transición demográfica en el país.

Pero la despenalización del aborto en 1933 respondía fundamentalmente a la convicción del autor del nuevo Código para quien el aborto, aunque era moralmente condenable, no constituía filosóficamente un delito en tanto antes

del alumbramiento no existe la personalidad. Consideraba “absurdo” que el respeto a la vida se interpretara de tal modo que valiera más la esperanza de una vida que una vida real. A su vez se desprende de las conferencias dictadas por el jurista en los años durante los cuales estaba redactando la normativa que también pesaba en su consideración del aborto como no-delito razones de corte eugenésica, en tanto consideraba el aborto como un mal menor frente a los infanticidios, el abandono de niños y las muertes y estragos causados en las mujeres que recurrían a abortos no seguros. En el mismo sentido otros defensores del nuevo Código fundamentaron su posición apelando al concepto de la “maternidad consciente”.

El corto período de la despenalización del aborto en el Uruguay acontece en el marco de cambios socio-culturales en los cuales se destacaban dos propuestas medulares alrededor del cuerpo y la sexualidad: el discurso médico y la irrupción de las corrientes emancipatorias feministas, que confrontaban en un mismo espacio con el católico de viejo cuño, el de los “librepensadores” y el político progresista. En los años siguientes a la despenalización estos actores plantearon sus respectivas posiciones y argumentaciones en un debate que se desarrollaría tanto en la prensa como en el recinto parlamentario, hasta que en 1938 las fuerzas católicas y conservadoras lograron volver a penalizar el aborto con la sanción de la ley N° 9.763, vigente hasta el día de hoy.

En el plano jurídico, la investigación realizada en el marco de este proyecto muestra, por un lado, cómo la doctrina jurídica nacional ha enfocado el aborto desde la óptica del derecho penal –como delito– y ocasionalmente, desde el análisis constitucional del derecho a la vida, sin que se registren trabajos que lo analicen desde la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres, en particular desde sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, la observación de la práctica jurídica evidencia que, aunque todos los años se registran casos de procesamientos y en menor medida de condenas, como delito el aborto es poco perseguido y reprimido. Ese hecho se debe a la actitud de la policía, fiscales y jueces, quienes –por razones diversas– son renuentes a vigilar y castigar, especialmente a la mujer que aborta. Sin embargo, ante una denuncia los operadores jurídicos se sienten (jurídicamente) obligados a aplicar la ley penal vigente, aunque saben que no tiene eficacia disuasiva, ni la pena sirve a un propósito de reeducación porque se trata de una práctica profundamente arraigada y persistente en la sociedad. Por eso, aunque normalmente tratan de buscar salidas legales para evitar la penalización de las mujeres, son más rigurosos con los “colaboradores”, incluyendo a los médicos que los practican.

En suma, entre los operadores jurídicos predomina la idea de que la penalización no se justifica y que produce más perjuicios que beneficios porque, por un lado, estigmatiza y expone al riesgo a las mujeres –especialmente a las

que carecen de recursos para procurarse un aborto seguro– y, por otro lado, la práctica ilegal es altamente lucrativa para quienes se dedican habitualmente a ella. En doctrina, desde hace treinta años vienen creciendo las voces que denuncian el desajuste entre la ley penal y la realidad social, destacando especialmente la necesidad de *aggiornar* la normativa en sentido desincriminador.

En este estudio se destaca que la existencia y persistencia de la figura delictiva no permite conformarse con la tesis tranquilizadora de una penalización *light* o de baja intensidad, que la penalización no está justificada desde la perspectiva del propósito que debe perseguir la ley penal como grave restricción a la autonomía personal, sino que responde a la fuerte influencia del pensamiento conservador –católico y patriarcal– que, por esa vía, impone a la sociedad sus criterios morales, atados a una moral sexual y reproductiva perimida y lesiva para las mujeres. Por todo lo cual, es imperioso reexaminar esta cuestión desde otra óptica, que respete la libertad moral de las personas y garantice sus libertades y derechos fundamentales.

En el período post-dictadura el debate sobre la despenalización del aborto se ha ido reinstalando en la agenda político-pública fundamentalmente por dos vías: a través de la presentación de iniciativas legislativas –hasta fines de 2009 cinco en total– y como demanda formulada por actores sociales, principal pero no exclusivamente por el movimiento feminista.

Los distintos proyectos de ley han propuesto una despenalización parcial del aborto, que debe siempre contar con el consentimiento de la mujer, y realizarse en determinados plazos y condiciones, fuera de los cuales el aborto sigue siendo delito. En los proyectos el aborto voluntario se define como un acto médico (previéndose, en algunos proyectos, la posibilidad de que los profesionales de la salud registren previamente su objeción de conciencia) a ser ofrecido en todos los servicios de salud, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública. Mientras que los primeros proyectos trataban exclusivamente la despenalización del aborto, en los últimos dos ésta aparecía como una medida en un conjunto integral de políticas y acciones de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de toda la población –mujeres y hombres. La efectiva implementación de estas políticas a su vez tenderá a disminuir la incidencia de los embarazos no deseados, y por ende los abortos.

Diversos factores han contribuido a forzar el debate legislativo, incluyendo cambios contextuales a nivel nacional e internacional, además de la agencia de actores sociales promotores de la despenalización. A partir del inicio del siglo XXI, más allá de la presencia cada vez más numerosa de legisladoras y legisladores partidarios de la despenalización (vinculada principalmente con el crecimiento electoral del Frente Amplio), desde fuera del ámbito parlamentario surgían claras señales de ser éste un tema relevante para la sociedad uruguaya.

A pesar de ello, el tratamiento legislativo de los proyectos ha sido notoriamente prolongado y muchas veces postergado. Esto refleja, por un lado, el impacto de los actores sociales promotores y opositores al cambio legal, que buscaban incidir en el debate parlamentario, aportando sus visiones y argumentos durante la etapa de discusión de los proyectos en Comisión. Por otro lado, da cuenta de la injerencia de factores absolutamente ajenos a las cuestiones sustantivas en discusión. La complejidad del tema hace que políticamente no se considere un tema “redituable”, y se tienda a medir el potencial impacto de promover la sanción de la despenalización (o simplemente de dar la discusión) más en términos de costos políticos –que en épocas pre-electorales se traducen en los votos que se pueden perder– que en términos de los costos que genera a nivel social el *no* tratar el tema. No obstante, la postura a favor de la despenalización del aborto ha sido defendida por legisladores y legisladoras de todos los principales partidos en distintos momentos durante los últimos 25 años y es un tema que sigue cruzando y dividiendo a los partidos políticos uruguayos. Sin embargo, existe una tendencia general que asocia una postura más favorable hacia la despenalización con aquellos actores políticos ubicados en el polo izquierdo del espectro ideológico y la postura contraria con aquéllos ubicados más hacia la derecha.

Si se observan las encuestas de opinión pública realizadas desde principios de los ‘90 se ve que la sociedad uruguaya en general tiene una opinión favorable hacia la despenalización del aborto. Esta posición se ha ido consolidando en la medida en que el tema se ha instalado en el debate público, con una mayor difusión de información y de opiniones, resultado de las discusiones parlamentarias y las campañas de comunicación e incidencia desarrolladas desde la sociedad civil. Esta postura, además, es compartida por la élite uruguaya, que ha mantenido estable su opinión durante los dos últimos períodos de gobierno. Sin embargo, la opinión pública no se ve reflejada en el comportamiento de los legisladores al momento de votar los proyectos de ley.

Algunos actores sociales desempeñaron un papel central en la colocación y profundización del tema en el debate público y en la discusión parlamentaria. En la medida en que estos actores cobraban una mayor visibilidad pública, encontrando cada vez más apertura para la difusión de sus campañas y argumentos a favor de la despenalización del aborto en los medios de comunicación, los sectores sociales opositores al cambio legal también se movilizaron, desarrollando diversas estrategias para incidir en el debate.

Son las organizaciones feministas uruguayas las que desde la reapertura democrática han construido y sostenido una demanda específica para colocar en la visibilidad pública y en la agenda política la problemática del aborto clandestino, nutriéndose y a la vez aportando a articulaciones regionales e internacionales que surgieron en la última década del siglo XX. El posicio-

namiento ideológico y político de las organizaciones feministas se basa en la defensa y respeto del derecho de las personas a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, fundamentado en un marco normativo internacional que define progresivamente la protección de los derechos de las mujeres como derechos humanos. Sus acciones abarcan una diversa gama de actividades, que apuntan a la producción de conocimientos sobre la realidad social del aborto en Uruguay, la promoción del debate público y la incidencia política; estas actividades están ampliamente documentadas en materiales y plataformas accesibles al público.

A partir del comienzo del siglo XXI, otros actores de la sociedad civil se fueron sumando al reclamo de que el aborto dejara de ser penalizado. De esta manera la despenalización del aborto se transformó en una demanda con base ciudadana amplia, sostenida por diversos sectores y actores de la sociedad uruguaya, producto, entre otras cuestiones, del propio accionar de las organizaciones feministas que desarrollaron una estrategia de ampliación de la base social a través de la construcción de alianzas con otros actores sociales.

En cambio, el movimiento social opositor a la despenalización del aborto se caracteriza en general por la poca diversidad de los actores que lo integran, siendo el denominador común su carácter religioso: las que no son instituciones religiosas tienen fuertes vínculos con las iglesias. También es notorio que, mientras que en las bases de este movimiento hay una presencia femenina indiscutible, sus referentes más visibles son hombres prácticamente en su totalidad. Otra diferencia que merece señalarse es que su accionar tiene básicamente dos ejes: la prédica a nivel social del aborto como un mal siempre, y la incidencia política para evitar el cambio legal. En el curso de esta investigación no se encontró una producción de conocimientos sobre la realidad social del aborto en Uruguay realizada por estos actores, ni tampoco materiales de acceso público que explicitaran sus modos de operar en el desarrollo de estrategias de *lobby* a nivel parlamentario.

Finalmente, el veto parcial interpuesto por parte del Presidente Vázquez luego de la aprobación de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en diciembre de 2008 merece una especial consideración. Más allá de las anomalías del uso del recurso del veto en estas circunstancias, la exposición de motivos del mismo plantea una serie de interrogantes respecto al rol de la política y de los políticos y al sentido de la representación en el régimen democrático de un Estado laico y plural.

Como se ha señalado en este trabajo, la secuencia lógica de la fundamentación ética del veto –que existe desde el momento de la concepción un nuevo ADN, lo que implica la presencia de un sujeto que merece ser protegido– sólo es admisible si se comparten ciertas creencias, entre otras las sostenidas oficialmente por la Iglesia Católica. No obstante, el Estado

moderno uruguayo se separó tempranamente de esa institución y existen en la República muchas otras concepciones respecto a las condiciones necesarias para considerar que se está ante un sujeto humano. Se trata, pues, de distintas concepciones densas de naturaleza filosófica, lo que es una realidad común y compartida en las modernas sociedades complejas. La solución frente a esta complejidad eventualmente conflictiva en sociedades, como la uruguaya, de cultura política liberal, es el pluralismo. Esto implica que en un régimen democrático las decisiones colectivas no pueden quedar libradas a una discrecionalidad privada, y en un Estado laico los credos religiosos no pueden orientar las definiciones públicas. La voluntad o la moral individual no pueden prevalecer sobre la voluntad “pública”. Justamente eso significa república: la cosa (*res*) pública, lo que es de todos, decidido entre todos. El pluralismo debería consistentemente impedir que a partir de concepciones no consensuadas, sea legítimo perseguir penalmente una práctica con presencia significativa en la sociedad.

Anexos

ANEXO I

LEY 9.763 (enero 1938)

Aborto. Se modifica un capítulo del Código Penal, declarándolo delito.

Artículo 1º.

Modifícase el capítulo IV, título XII del libro II del Código Penal promulgado por la ley número 9.155, de 4 de Diciembre de 1933, y declárase delito el aborto, cuya sanción se realizará en los términos siguientes:

“Artículo 325. Aborto con consentimiento de la mujer.

La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión de tres a nueve meses.

Artículo 325 (bis). Del aborto efectuado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer.

El que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento por actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.

Artículo 325 (ter). Aborto sin consentimiento de la mujer.

El que causare el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría.

Artículo 326. Lesión o muerte de la mujer.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 (bis), sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de dos a cinco años de penitenciaría y si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 (ter.) sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría y si ocurriese la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría.

Artículo 328. Causas atenuantes y eximentes.

Inciso 1°. Si el delito se cometiere para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias de hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil del honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo.

Inciso 2°. Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, para eliminar el fruto de la violación, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento será eximido de castigo.

Inciso 3°. Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, por causas graves de salud, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento o para salvar su vida será eximida de pena.

Inciso 4°. En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena.

Inciso 5°. Tanto la atenuación como la exención de pena a que se refieren los incisos anteriores regirá sólo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. El plazo de tres meses no rige para el caso previsto en el inciso 3°.

Artículo 2°.

Cuando se denunciare un delito de aborto, los Jueces de Instrucción, procederán en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, llegaran a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho figura entre aquellos que el Juez puede eximir totalmente de castigo, mandarán clausurar los procedimientos, siendo su resolución inapelable. En los demás casos se continuará el procedimiento, observándose los trámites ordinarios.

Artículo 3°.

El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.

Artículo 4°.

Deróganse las disposiciones que se opongan a la presente ley.

Artículo 5°.

Comuníquese, etc.

ANEXO II

PROYECTO DE LEY APROBADO POR EL PARLAMENTO (noviembre 2008) Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

CAPITULO I De los Derechos Sexuales y Reproductivos

ARTICULO 1°. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

ARTICULO 2°. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

ARTICULO 3°. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad, respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de embarazo no deseado-no aceptado desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
- k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
- l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

ARTICULO 4°. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2° y 3° de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a) 1. Dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
- 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
- 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
- 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
- 5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
- 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.

- b) 1. Promover la capacitación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
- 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP), acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”;
- 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
- 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
- 2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
- 2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
- 2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
- 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
- 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
- 2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;

3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;
4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

ARTICULO 5°. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2° y 3° de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

ARTICULO 6°. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinsitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPITULO II

De la interrupción voluntaria del embarazo

ARTICULO 7°. (Derecho de la mujer).- En el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que reconoce y protege la presente ley, toda mujer puede decidir la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gestación, en las condiciones que determina el artículo siguiente.

ARTICULO 8°. (Condiciones).- Para ejercer el derecho reconocido en el artículo anterior, la mujer alegará ante el médico circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

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

ARTICULO 9°. (Deberes del médico).- El médico deberá:

- a) brindar información y apoyo a la mujer respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, antes, durante y después de adoptar una decisión;

- b) informar a la mujer sobre las posibilidades de adopción y los programas disponibles de apoyo, brindándole los asesoramientos pertinentes de los equipos especializados;
- c) recoger la voluntad documentada de la mujer de interrumpir el proceso de gravidez, avalada con su firma y adjuntarla a la historia clínica de la misma;
- d) dejar constancia en la historia clínica que se informó a la mujer en cumplimiento de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo, así como de métodos de anticoncepción.

ARTICULO 10. (Restricciones).- Fuera de lo establecido en el artículo 7º de la presente ley, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse:

- a) cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o para salvar su vida;
- b) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina, de acuerdo a los conocimientos científicos disponibles.

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

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

ARTICULO 11. (Consentimiento de niñas y adolescentes).- En los casos de adolescentes o niñas el médico recabará su consentimiento así como el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales o, en caso de ausencia o inexistencia de estos, de la persona encargada de su cuidado.

ARTICULO 12. (Autorización judicial).- Cuando por cualquier causa se niegue el asentimiento previsto en el artículo anterior o sea imposible obtenerlo, la adolescente o la niña que quiera interrumpir su embarazo podrá acudir al juez letrado con competencia en materia de familia especializado, quien autorizará la interrupción del embarazo siempre que se cumplan los plazos y condiciones previstas en los artículos 7º, 8º y 10 de la presente ley. La adolescente o la niña deberá comparecer personalmente con asistencia letrada. El procedimiento será verbal y el juez, previa audiencia, resolverá en el plazo máximo de cinco días a partir del momento de la presentación de la petición ante la sede, habilitando horario inhábil si fuera menester.

ARTICULO 13. (Consentimiento de personas declaradas incapaces).- En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará preceptivamente el juez letrado con competencia en familia especializado a solicitud de la persona declarada incapaz, a solicitud del curador respectivo rigiendo igual procedimiento y plazo que el establecido en el artículo 12 de la presente ley.

CAPITULO III Disposiciones generales

ARTICULO 14. (Acto médico sin valor comercial).- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley, serán consideradas acto médico sin valor comercial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias que lo soliciten, en el marco de lo preceptuado en el artículo 8°, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

En el caso de las condiciones previstas en el artículo 10 literal a) no será necesaria la presencia de un médico ginecotocólogo.

Será de responsabilidad de todas las instituciones señaladas en este artículo el establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la presente ley.

ARTICULO 15. (Objeción de conciencia).- Aquellos médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los actos médicos a que hace referencia la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan dentro de los treinta días contados a partir de la promulgación de la misma. Quienes ingresen posteriormente, deberán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios.

Los profesionales y técnicos que no hayan expresado objeción, no podrán negarse a efectuar las intervenciones.

Lo dispuesto en el presente artículo no es aplicable en los casos graves y urgentes en los cuales la intervención es indispensable.

ARTICULO 16. (Reserva).- El médico y los equipos de salud que intervengan en un aborto o sus complicaciones deberán mantener la confidencialidad por respeto a la libertad de las personas y sus derechos individuales, dando cuenta del hecho, sin revelación de nombres, al sistema estadístico del Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO 17. (Alcance).- Sólo podrán ampararse en las disposiciones contenidas en esta ley las habitantes de la República que acrediten fehacientemente su residencia habitual en su territorio durante un período no inferior a 42 semanas.

CAPITULO IV De la modificación del delito de aborto

ARTICULO 18.- Sustitúyanse los artículos 325 y 325 bis del Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por la Ley N° 9.155, de 4 de diciembre de 1933 y modificado por la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por los siguientes:

“ARTICULO 325. (Delito de aborto).- La mujer que causare la interrupción del proceso fisiológico de su gravidez, o la consintiera, fuera de las circunstancias, plazos y condiciones autorizadas en la ley, será castigada con pena de tres a nueve meses de prisión.

ARTICULO 325 bis. (Colaboración en el aborto con consentimiento de la mujer).- El que colabore en la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez, con consentimiento de la mujer, fuera de las circunstancias, plazos y condiciones autorizadas en la ley, será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión”.

ARTICULO 19.- Elimínase el numeral 5° del artículo 328 del Código Penal, promulgado por la Ley N° 9.155, de 4 de diciembre de 1933 y modificado por la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938.

ARTICULO 20.- Sustitúyase el artículo 2° de la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

“ARTICULO 2°. (Procedimiento).- Cuando se denunciare un delito de aborto, el Juez competente procederá en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas se llegara a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho es lícito, mandará clausurar los procedimientos, siendo su resolución inapelable. En los demás casos se continuará el procedimiento, observándose los trámites ordinarios”.

CAPITULO V

Disposiciones finales

ARTICULO 21.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

“ARTICULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible”.

ARTICULO 22. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

ANEXO III

VETO PARCIAL DEL PODER EJECUTIVO (noviembre 2008)

Presidencia de la República Oriental del Uruguay
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Montevideo, 14 NOV. 2008

Señor Presidente de la
Asamblea General

El Poder Ejecutivo se dirige a ese Cuerpo en ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 137 y siguientes de la Constitución de la República a los efectos de observar los Capítulos II, III y IV artículos, 7 a 20 del Proyecto de Ley por el que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva sancionado por el Poder Legislativo.

Se observan en forma total por razones de constitucionalidad y conveniencia las citadas disposiciones por los fundamentos que se exponen a continuación.

Hay consenso en que el aborto es un mal social que hay que evitar. Sin embargo, en los países en que se ha liberalizado el aborto, éstos han aumentado. En los Estados Unidos en los primeros diez años se triplicó, y la cifra se mantiene: la costumbre se instaló. Lo mismo sucedió en España.

La legislación no puede desconocer la realidad de la existencia de vida humana en su etapa de gestación, tal como de manera evidente lo revela la ciencia. La biología ha evolucionado mucho. Descubrimientos revolucionarios, como la fecundación *in Vitro*, y el ADN con la secuenciación del genoma humano, dejan en evidencia que desde el momento de la concepción hay allí una vida humana nueva, un nuevo ser. Tanto es así que en los modernos sistemas jurídicos -incluido el nuestro- el ADN se ha transformado en la “prueba reina” para determinar la identidad de las personas, independientemente de su edad, e incluso, en hipótesis de devastación, o sea, cuando prácticamente ya no queda nada del ser humano, aun luego de mucho tiempo.

El verdadero grado de civilización de una nación se mide en cómo se protege a los más necesitados. Por eso se debe proteger más, a los más débiles. Porque el criterio no es ya el valor del sujeto *en función de* los afectos que suscita en los demás, o de la utilidad que presta, sino el valor que resulta de su mera existencia.

Esta ley afecta el orden constitucional (artículos 7º, 8º, 36º, 40º, 41º, 42º, 44º, 72º y 332º) y compromisos asumidos por nuestro País en tratados internacionales, entre otros Pacto de San José de Costa Rica aprobado por Ley N° 15.737 de 8 de marzo de 1985 y Convención Sobre los Derechos del Niño aprobada por Ley N° 16.137 de 28 de setiembre de 1990.

En efecto, disposiciones como el artículo 42 de nuestra Carta que obliga expresamente a proteger a la maternidad, y el Pacto de San José de Costa Rica -convertido además en ley interna como manera de reafirmar su adhesión a la protección y vigencia de los derechos humanos- contiene disposiciones expresas, como su artículo 2º y su artículo 4º, que

obligan a nuestro País a proteger la vida del ser humano desde su concepción. Además le otorgan el status de persona.

Si bien una ley puede ser derogada por otra ley no sucede lo mismo con los tratados internacionales, los que no pueden ser derogados por una ley interna posterior. Si Uruguay quiere seguir una línea jurídico política diferente a la que establece la Convención Americana de Derechos Humanos debería denunciar la mencionada Convención (Art. 78 de la referida Convención)

Por otra parte, al regular la objeción de conciencia de manera deficiente, el proyecto aprobado genera una fuente de discriminación injusta hacia aquellos médicos que entienden que su conciencia les impide realizar abortos, y tampoco permite ejercer la libertad de conciencia de quien cambia de opinión y decide no realizarlos más.

Nuestra Constitución sólo reconoce desigualdades ante la ley cuando se fundan en los talentos y virtudes de las personas. Aquí, además, no no se respeta la libertad de pensamiento en un ámbito por demás profundo e íntimo.

Este texto también afecta la libertad de empresa y de asociación, cuando impone a instituciones médicas, con estatutos aprobados según nuestra legislación, y que vienen funcionando desde hace más de cien años en algún caso, a realizar abortos, contrariando expresamente sus principios fundacionales.

El proyecto, además, califica erróneamente, y de manera forzada, contra el sentido común, el aborto como acto médico, desconociendo declaraciones internacionales, como las de Helsinki y Tokyo, que han sido asumidas en el ámbito del MERCOSUR, que vienen siendo objeto de internalización expresa en nuestro país desde 1996, y que son reflejo de los principios de la medicina hipocrática que caracterizan al médico por actuar a favor de la vida y de la integridad física.

De acuerdo a la idiosincrasia de nuestro pueblo, es más adecuado buscar una solución basada en la solidaridad, que permita promocionar a la mujer y a su criatura, otorgándole la libertad de poder optar por otras vías, y de esta forma, salvar a los dos.

Es menester atacar las verdaderas causas del aborto en nuestro país y que surgen de nuestra realidad socio-económica. Existe un gran número de mujeres, particularmente de los sectores más carenciados, que soportan la carga del hogar solas. Para ello, hay que rodear a la mujer desamparada de la indispensable protección solidaria, en vez de facilitarle el aborto.

ANEXO IV

LEY 18.426 (noviembre 2008)

Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

CAPITULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

ARTICULO 1°. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

ARTICULO 2°. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

ARTICULO 3°. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbimortalidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad, respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de embarazo no deseado-no aceptado desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y la conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
- k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
- l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

ARTICULO 4°. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2° y 3° de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a) 1. Dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
- 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
- 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
- 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
- 5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
- 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.

- b) 1. Promover la capacitación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
- 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP), acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”;
- 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
- 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
- 2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
- 2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
- 2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
- 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
- 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
- 2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;

3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;
4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

ARTICULO 5°. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2° y 3° de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

ARTICULO 6°. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPITULO II

Disposiciones finales

ARTICULO 7°.- Incorporase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

“ARTICULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y

adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible”.

ARTICULO 8°. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sobre las y los autores

Alicia Aleman es doctora en Medicina, con postgrado de Ginecología y Epidemiología de la Facultad de Medicina, Universidad de la República del Uruguay. Desde 1998 ha sido investigadora principal y co-investigadora de varios estudios epidemiológicos nacionales e internacionales fundamentalmente en el área materna e infantil. Actualmente es Profesora Agregada del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina y miembro del equipo de investigación de la Unidad de Investigación Clínica Epidemiológica Montevideo.

Miguel Andreoli es abogado y licenciado en Filosofía. Actualmente es docente e investigador en Ética y Filosofía Política en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, donde es Director del Departamento de Filosofía de la Práctica.

Gualberto Arribeltz es Profesor Agregado de Ginecología de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, actualmente designado para la Clínica Ginecológica “A”.

Elina Carril es licenciada en Psicología (Universidad de la República) y psicoanalista. Docente de Psicoanálisis e Investigadora I+D en Subjetividad, Salud Reproductiva y Género. Integra el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad

de Psicología de la Universidad de la República, como responsable de la línea de investigación en Reproducción, mujeres y subjetividad.

Alicia Castro es doctora en Derecho y Ciencias Sociales, egresada de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República. Actualmente se desempeña como docente de Filosofía del Derecho y Directora del Instituto de Filosofía y Teoría General del Derecho e integrante del Grupo de Derecho y Género de esa Facultad. Es además magistrada judicial, integrante del Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Primer Turno.

Niki Johnson es doctora en Ciencia Política y magíster en Estudios Latinoamericanos por la Universidad de Londres, y licenciada en Lenguas Modernas por la Universidad de Cambridge. Actualmente se desempeña como docente, investigadora y coordinadora del Área de Política y Género del Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, y es investigadora del Sistema Nacional de Investigadores.

Alejandra López Gómez es psicóloga (Universidad de la República, Uruguay) especializada en género y salud sexual y reproductiva. Doctoranda en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Es investigadora activa del Sistema Nacional de Investigadores. Directora del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Directora Ejecutiva de MYSU, Mujer y Salud en Uruguay.

Constanza Moreira es doctora y magíster en Ciencia Política por la Universidad Cândido Mendes (Brasil) y licenciada en Filosofía por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Es profesora titular del Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, habiéndose desempeñado como directora del mismo entre 2005 y 2008. Integra el Sistema Nacional de Investigadores y actualmente es Senadora de la República, por el Espacio 609 del Frente Amplio.

Carolina Pallas es profesora de Filosofía egresada del Instituto de Profesores “Artigas”, donde se desempeña como docente de Ética. Maestranda en Filosofía Contemporánea de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Diplomada en Bioética por la UNESCO.

Grazzia Rey es doctora en Medicina, especialista en Ginecología, de la Universidad de la República. Actualmente se desempeña como docente e investigadora en la Clínica Ginecológica “B”, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, y es investigadora del Sistema Nacional de Investigadores.

Graciela Sapriza es historiadora, magíster en Ciencias Humanas, docente e investigadora del Centro de Estudios Interdisciplinarios Uruguayos (CEIU) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Es investigadora del Sistema Nacional de Investigadores.

Oscar Sarlo es doctor en Derecho y Ciencias Sociales (Universidad de la República, 1976). Actualmente es Catedrático de Filosofía y Teoría del Derecho en la Facultad de Derecho, Universidad de la República, y es Investigador Nivel II en el Sistema Nacional de Investigadores.

Marcela Schenck es licenciada en Ciencia Política por la Universidad de la República, con formación en Investigación Social por el Instituto Universitario CLAEH. Es maestranda en Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

En este libro un equipo de investigadoras/es de la Universidad de la República analiza la despenalización del aborto en Uruguay desde un abordaje interdisciplinario que ofrece diversas miradas sobre las múltiples y complejas dimensiones del tema. Desde un enfoque histórico se reconstruyen los debates políticos y el contexto de transformaciones socio-culturales en torno al breve período en el cual el aborto fue despenalizado en los 1930. Para la época posdictadura se ofrece un estado del arte de los hallazgos de investigación disponibles a nivel nacional que dan cuenta de la realidad del aborto voluntario en la sociedad uruguaya actual y de los efectos de la penalización legal vigente. Se caracteriza la práctica del aborto voluntario en sus dimensiones sanitaria, social, psicológica y jurídica y se analizan las respuestas institucionales –judiciales, policiales y sanitarias– ante esta problemática. Finalmente, se reconstruye el debate político y social contemporáneo sobre la despenalización, recorriendo el desarrollo de la discusión parlamentaria en torno a los proyectos de ley presentados desde 1985, e identificando y analizando las posiciones de los principales actores políticos y sociales, en particular el movimiento de mujeres/feminista y colectividades religiosas.

La Ley Orgánica de la Universidad de la República define en su artículo 2, entre sus fines, el de “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Apuntando a este cometido se ha creado el Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, con el objetivo de financiar proyectos de difusión en torno a temas de relevancia nacional.

Se trata de un programa que busca promover el estudio de temas relevantes y polémicos, a través del financiamiento de proyectos realizados por grupos interdisciplinarios de profesionales universitarios, para su posterior publicación y presentación pública, poniendo a disposición de la ciudadanía toda la información generada sobre el tema de trabajo. La Colección Artículo 2, reúne los resultados obtenidos durante la primera edición del Programa en el año 2008.