

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

MARCELA SCHENCK



Hablando de derechos | DESC+A
Cristalizando derechos

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) fue creado por Ley N° 17.866 promulgada el 21 de marzo de 2005. Le compete, entre otros, coordinar las políticas en materia de desarrollo social.

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

Introducción

Aborto: algunas definiciones

La relación entre aborto inseguro y legislación restrictiva

Uruguay: breve desarrollo histórico sobre la situación jurídica del aborto inducido

El largo camino hacia el cambio legal

Del aborto inducido en condiciones de riesgo a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo

Los derechos en disputa

Derechos, ciudadanía y democracia

Marcela Schenck

Marcela 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 por la Facultad de Ciencias Sociales, institución en la que también cursa el posgrado en Género y Políticas Públicas. Es docente de la Universidad de la República e integrante del Área de Género y Diversidad del Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales.

Montevideo, noviembre de 2013

© **Ministerio de Desarrollo Social**

Avda. 18 de Julio 1453

Teléfono: (598) 2400 03 02 interno 1831

CP. 11200. Montevideo, Uruguay

perspectivastransversales@mides.gub.uy

www.mides.gub.uy

Diseño y armado: Unidad de Información y Comunicación

ISBN 978-9974-8327-0-1

ISBN 978-9974-8384-8-2



Hablando de derechos | DESC+A

Hilando derechos

22. Religión y participación social

Nicolás Iglesias Schneider

23. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

Marcela Schenck

24. El agua, un derecho humano

Antonio Graziano

25. Nuevas políticas de envejecimiento y vejez

INMAYORES

26. Interculturalidad e Islam

Susana Mangana

27. Visibilizando la ceguera

Florencia Spinoza

28. DESC y Políticas Públicas

División de Perspectivas Transversales

Hacer público

publicar v. tr.

1. *Dar a conocer a mucha gente una información o una noticia*

2. *Hacer pública una cosa, especialmente la que era secreta y se debía ocultar*

Tenemos por misión transversalizar la perspectiva de derechos humanos –basada en el principio de igualdad y no discriminación– en el conjunto de las políticas sociales. Para ello, promovemos investigación, sensibilizamos y capacitamos funcionarios/as públicos/as, proponemos nuevos diseños de programas sociales (y, especialmente, acciones afirmativas para los grupos en situación de vulnerabilidad) y, además, publicamos. Publicamos en el sentido de dar publicidad o, como prefiero decirle, *hacer público*. Tomando esas dos palabras, creo que “hacemos público” en, al menos, dos sentidos.

Por un lado, construimos un público de las temáticas de los derechos humanos aplicados, particularmente, a los derechos económicos, sociales y culturales. No es tanta la literatura desde las políticas sociales atravesadas por esta mirada. En general, se la conoce más asociada a los derechos civiles y políticos. Lo cierto es que la democracia es incompleta cuando éstos no se acompañan de la realización de los otros derechos mencionados. Como afirma Zygmunt Bauman: “*Sin unos derechos sociales para to-*

dos, un número elevado (y, con toda seguridad, creciente) de personas verán sus derechos políticos como algo inútil que no merece su atención. Del mismo modo que los derechos políticos son necesarios para la instauración de los derechos sociales, éstos últimos son indispensables para que los derechos políticos se mantengan operativos. Ambos tipos de derechos se necesitan mutuamente para sobrevivir; esa supervivencia sólo puede ser un logro conjunto”.

Por otro lado, proponemos hacernos de una nueva idea de lo público. Lo público como algo que trasciende la mirada tradicional del Estado e invita a pensar en otra clave: una que conecta el hacer de los responsables estatales con la esfera pública de los movimientos sociales, y de múltiples y diversas reivindicaciones igualitarias. Reivindicaciones que tienen que ver con temáticas tan variadas como la laicidad y la religiosidad, el parto humanizado, el lenguaje, la migración de las y los trabajadores, las personas con discapacidad, las identidades trans, la afrodescendencia, la diversidad sexual, y tantos otros debates contenidos en esta –ya tan numerosa (como colorida)– colección.

Creemos que abriéndonos a debates que muchas veces no encuentran espacio para darse a conocer –haciéndolos públicos– ensanchamos el espacio de lo pensable y, consecuentemente, de lo posible. Y esa convicción nos da fuerza y alegría en nuestro trabajo de cada día.

Andrés Scagliola

Director / Dirección Nacional de Política Social
Ministerio de Desarrollo Social



Presentación

La División de Perspectivas Transversales de la Dirección Nacional de Política Social, está abocada a la construcción de políticas sociales desde la perspectiva de Derechos Humanos. Para ello es necesario sensibilizarnos y educarnos en igualdad y no discriminación, esto exige de un gran esfuerzo de revisión de las prácticas y políticas estatales.

La primera serie de este trabajo “Charlas de formación en Derechos Humanos” se compuso de la publicación de encuentros que se realizaron a la interna del Ministerio de Desarrollo Social para abordar diversos temas desde esta mirada. Las mismas llevaron a reflexionar sobre las prácticas estatales y en qué medida las mismas reproducen pautas sistémicas de discriminación.

En una segunda etapa denominada “Pensando en Derechos Humanos” invitamos a los diversos autores a reflexionar y opinar sobre temas concretos como la migración, la afrodescendencia, el parto, las sexualidades, las lenguas, los cuidados y las vivencias de las discapacidades.

La tercera etapa “Hilando derechos” tuvo la intención de concretar cómo las diferentes implicancias de la vida social pueden concebirse desde una óptica de derechos humanos. Y para ello invi-

tamos a las personas participantes a evidenciar la interconexión existente entre los derechos, su interrelación y su indivisibilidad. Así, la tercera tanda abordó temas como la literatura y el lenguaje inclusivo como instrumentos para la convivencia, la educación ambiental, y la diversidad religiosa, entre otros temas.

Esta última serie nombrada “Cristalizando derechos” aborda una nueva lista de temas que hacen referencias a libertades específicas y fundamentales de los derechos, como la libertad de las mujeres a continuar o no su embarazo, la multiculturalidad, la religión, el agua, o las vivencias de la discapacidad.

Cabe señalar que cada una de las publicaciones expresa exclusivamente la opinión de su autor/a.

La intención es nuevamente concebir diversos temas desde la óptica de Derechos Humanos. Permitiéndonos, en una lectura amigable, acercarnos y ampliar el espectro, con un tratamiento y abordaje integral que aporte a la construcción de un Uruguay incluyente..

Patricia Gainza

División de Perspectivas Transversales
Dirección Nacional de Política Social



Presentación de la División de Perspectivas Transversales / Dirección Nacional de Política Social (DNPS)

La División de Perspectivas Transversales de la Dirección Nacional de Políticas Sociales (DNPS) tiene como objetivo transversalizar la perspectiva de derechos humanos, igualdad y no discriminación, así como las dimensiones de género, generaciones y etnia/raza, en las políticas sociales, con énfasis en los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESC+A), apuntando a la generación de indicadores de progreso y promoviendo la participación de la sociedad civil en el diseño de políticas.

Las líneas de acción desarrolladas son las siguientes:

- Coordinación general de las actividades enfocadas en DESC+A de la Dirección Nacional de Políticas Sociales.
- Producción de documentos y debates sobre la temática derechos humanos y DESC+A aplicados a las políticas sociales.
- Creación de lineamientos para la formación interna del personal del MIDES en temas de derechos humanos, DESC+A e igualdad y no discriminación.
- Elaboración de insumos sobre derechos humanos y DESC+A para el diseño de las políticas sociales.
- Coordinación y articulación con otros organismos de gobierno en temas de derechos humanos y DESC+A.

La División de Perspectivas Transversales se organiza en dos unidades:

- La Unidad de Promoción y Participación coordina y articula instancias de diálogo y consulta con la sociedad civil, avanza en la producción de documentos y debates sobre la temática de derechos humanos y DESC+A, y trabaja en diversos talleres y espacios de sensibilización y capacitación a funcionarios/as del Estado uruguayo.
- La Unidad de Análisis Aplicado trabaja en investigación y elaboración de documentos e insumos con el fin de avanzar en la medición transversal de los indicadores sociales, midiendo el acceso a derechos económicos, sociales y culturales ratificados en el PIDESC; y realiza diversos relevamientos que aportan a la comprensión de la realidad y a la generación de propuestas para mejorar la calidad de las políticas sociales y por tanto de la efectivización de los derechos de las personas que habitan en Uruguay..

División de Perspectivas Transversales
Dirección Nacional de Política Social



Introducción: la interrupción voluntaria del embarazo desde un marco de derechos humanos

Lejos de ser una realidad estática, los derechos humanos se inscriben en un campo de múltiples tensiones en el que convergen las luchas sociales y las disputas por el poder, por lo que no es posible pensarlos al margen de estos factores.¹

Desde el plano jurídico, si bien la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 definió en términos de derechos las condiciones de persona y de ciudadanía², la reflexión no se agotó en ella sino que, por el contrario, fue el punto de partida para el debate posterior.

Particularmente, la denominada “segunda ola” del movimiento feminista –que precedió a las demandas por la igualdad legal formal que predominaban en el feminismo de la llamada “primera ola”– introdujo la dimensión de la sexualidad en la órbita de

1. Prado, M. A. M. (2009) "Psicologia e Direitos Humanos: Tensões na relação indivíduo e bem comum". En: Prado, M. A. M.; Martins, D. A.; Rocha, L. T. L., O Litígio sobre o Impensável: escola, gestao dos corpos e homofobia institucional. UFRN. Revista Bagoas. Numero 04.

2. Estos derechos referían a "la libertad, a la integridad física, el habeas corpus; los derechos de movimiento, de asociación, de libertad de expresión del pensamiento, de propiedad; los derechos a la seguridad, a formar una familia, al trabajo, a la educación; los derechos a participar en el gobierno y en la elección de gobernantes. Mientras estos últimos -los de ciudadanía o políticos- son especificados en cada Estado, los anteriores deben regir urbi et orbi, es decir, en todo lugar del mundo para todos los seres humanos" (De Barbieri, 1999).

los derechos humanos, comenzando a interpelar de esta forma una concepción masculina, blanca, heterosexual y eurocéntrica de abordaje de los derechos.³ Centrada en los derechos sexuales y reproductivos, esta interpelación conducida por movimientos feministas y de mujeres se instaló a nivel internacional en la década de 1960, aunque su categorización terminológica como “derechos reproductivos” es más reciente, y puede situarse hacia la década de 1980.⁴

De esta forma, se delineó una concepción de derechos que implicaba a la sexualidad y a la reproducción de las personas: particularmente, refería a su libertad y recursos para poder tomar decisiones en este ámbito, desde un marco que habilitara el ejercer de estos derechos en un plano de equidad. Para ello se estipulaba que era necesario que la población -y particularmente, las mujeres- accediera tanto a la información como a los servicios y métodos sanitarios para efectivizar estos derechos, garantizando así las condiciones que permitieran llevar a cabo decisiones sobre la sexualidad y la vida reproductiva de un modo autónomo y no coercitivo.

A partir de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos realizada en Teherán en 1968, donde se empezó a concebir a la reproducción como un de-

3. Prado, M.A.M., Mountian, I., Viana Machado, F. et al (2010) "Los movimientos LGTB y la lucha por la democratización de las jerarquías sexuales en Brasil". Revista Digital Universitaria de la UNAM [en línea]. 1 de julio 2010, Vol. 11, No.7. Disponible en: <<http://www.revista.unam.mx/vol.11/num7/art68/index.html>>

4. Correa, S. y Petchesky, R (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.

recho de las parejas, estos temas comenzaron a ser reconocidos por el sistema de Naciones Unidas.

Posteriormente, la Conferencia Internacional de Población de Bucarest celebrada en 1974 añadió que además era un derecho de las personas y en 1979, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres, reconoció el derecho de las mujeres a la planificación familiar y a los servicios de educación y salud en este plano.⁵ Subsiguientemente, el tema pasó a destacarse en las conferencias mundiales de Naciones Unidas, también como correlato del impulso a los derechos reproductivos que en la década de 1980 tuvo como protagonista al movimiento feminista. En dicho marco, la introducción de esta dimensión en los derechos humanos adquirió gran legitimidad y en la década siguiente, tuvieron lugar dos hitos a nivel internacional en lo que refiere a estos derechos: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, que tuvo lugar en Beijing en 1995. En ambas instancias, se incluyeron consideraciones en los Programas de Acción que definían con mayor precisión los derechos humanos en torno a la salud reproductiva y las decisiones en torno a la reproducción (particularmente en la plataforma de El Cairo), así como a los derechos de las mujeres en el plano de la sexualidad.

Sintetizando lo estipulado en los Programas de Acción de ambas instancias,

5. De Barbieri, T. (1999), "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido", en *Mujer y Salud*, nº 2, Santiago de Chile.

Mujeres y derechos sexuales y reproductivos

La extensión de los derechos sexuales y reproductivos representa una polémica tan grande porque sacude esquemas normativos muy arraigados respecto a los sistemas de género y particularmente, al rol estereotípico que se construye sobre las mujeres, que está profundamente asociado a la maternidad.

Existe una fuerte reacción a la concreción de este derecho, lo que está detrás de la adopción de marcos restrictivos hacia esta práctica que resultan en múltiples vulneraciones para las mujeres, implicando entre otros un riesgo sanitario.

puede indicarse que se concebía que las personas tenían derecho a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad sin experimentar coerción, discriminación o violencia en este plano, así como también se establecía el derecho tanto de las parejas, como individualmente de las personas, a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos/as, disponiendo para ello de la educación, información y medios necesarios.

Como señalan Johnson, López Gómez, Sapriza et al, el reconocimiento por parte de Naciones Unidas de los derechos sexuales y reproductivos a través de los Programas de Acción de estas conferencias ubicó a los Estados “en su triple rol de protectores, garantes y responsables en generar las condiciones para su pleno ejercicio” (2011:15).⁶

Si bien también debe señalarse que estos derechos tienen un estatus jurídico que en la práctica concreta resulta relativamente débil, dado que los Programas de Acción no tienen características vinculantes hacia los Estados signatarios⁷, este tratamiento por parte de Naciones Unidas sí ha originado instrumentos valiosos para la visibilidad de estos temas y para la legitimidad de los planteos de aquellos actores que promueven cambios en las legislaciones nacionales que contemplen estos derechos.

6. Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G. et al (2011) “Introducción”. En Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. CSIC, Colección Artículo 2, 2011.

7. De Barbieri, T. (1999), “Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido”, en Mujer y Salud, nº 2, Santiago de Chile.

En este marco, un tema central asociado a los derechos sexuales y reproductivos ha sido el de la libre elección de las mujeres con respecto a la interrupción del embarazo (lo que comúnmente se denomina “aborto”, aunque como se verá a continuación, el aborto es más amplio e involucra otros factores que pueden no ser voluntad de la gestante⁸).

Quizá sea éste el tema que mayor polémica ha despertado en lo referente a la extensión de los derechos sexuales y reproductivos, dado que sacude esquemas normativos muy arraigados respecto a los sistemas de género y particularmente, al rol estereotípico que se construye sobre las mujeres, que está profundamente asociado a la maternidad. En este sentido, se observa que existe una fuerte reacción a la concreción de este derecho, lo que está detrás de la adopción de marcos restrictivos hacia esta práctica que resultan en múltiples vulneraciones para las mujeres, implicando entre otros un riesgo sanitario (dado que las condiciones en las que se realizan los procedimientos impactan directamente sobre su salud).

Tal como sucedió con la emergencia de la demanda de inclusión de la dimensión sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, la movilización desde la sociedad civil ha sido clave para poner de manifiesto la lesión a la

8. En este trabajo se hará referencia a "gestantes" cada vez que se mencione a mujeres en estado de gravidez que desean interrumpir su embarazo. Si bien generalmente -y particularmente en las estadísticas recogidas por los sistemas de salud- se hace referencia a las gestantes como "madres" (a cuenta de ello, tómesese el indicador "muerte materna") no se les denomina aquí de esta forma bajo el entendido de que el término "madre" tiene una connotación que no se aplica a esta situación, en la que no se llevará a término el embarazo.

autonomía y salud de las mujeres que implica el no reconocimiento como derecho de la interrupción voluntaria del embarazo: al hacerlo, se ha problematizado la concepción tradicional de la ciudadanía, marcando un déficit democrático que afecta específicamente a las mujeres.⁹

Aborto: algunas definiciones

Actualmente, se define como aborto a la interrupción del embarazo luego de la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad para la vida extrauterina independiente.¹⁰ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el aborto se produce cuando se pierde un embarazo antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional; si se desconoce la edad gestacional, se considera un aborto a la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.¹¹

Puede clasificarse al aborto como espontáneo o como inducido, siendo este úl-

9. Schenck, M, López Gómez, A., Stafff, C. et al (2013) "Los derechos de las mujeres en América Latina frente al aborto inseguro e ilegal". En Revista Pueblos, n° 55. Primer trimestre de 2013.

10. López Gómez, A., Arribeltz, G., Alemán, A., Carril, E., Rey, G. (2011) "La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay". En Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja.. CSIC, Colección Artículo 2, 2011.

11. F. Zegers-Hochschild, G. D., Adamson, J., de Mouzon, O. et al (2010) Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

Aborto

Actualmente, se define como aborto a la interrupción del embarazo luego de la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad para la vida extrauterina independiente.

Para la Organización Mundial de la Salud el aborto se produce cuando se pierde un embarazo antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional; si se desconoce la edad gestacional, se considera un aborto a la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.

timo caso el que corresponde a la intención deliberada de interrumpir el embarazo antes de completar las 20 semanas de edad gestacional. En función de los motivos para practicarlo, el aborto inducido puede ser: terapéutico (si se realiza para salvaguardar la vida de la gestante); eugenésico (cuando el feto presenta riesgos de desarrollar una enfermedad congénita o genética grave); ético o humanitario (cuando el embarazo se originó en una situación delictiva como la violación); psicosocial (cuando la mujer decide no mantener el embarazo por razones de índole personal, familiar, económico, social, etc.). Éste último es el motivo que incluye el mayor porcentaje de abortos practicados en el mundo.¹²

El aborto inducido puede ser legal o ilegal, dependiendo del marco jurídico nacional o del estatal a la interna de un país, si se trata de regímenes federales. En los países en donde el aborto está prohibido o su acceso es limitado, existe una doble dimensión problemática: por un lado, se lesiona la autonomía y la libertad de las mujeres, al criminalizar su poder de decisión; por el otro, se genera un riesgo sanitario evitable, ya que la tasa de abortos inseguros es más alta que en aquellos países en donde sí está permitido por la ley. Los abortos inseguros son definidos por la OMS como aquellos en los que la interrupción del embarazo no deseado es practicada por personas que no poseen las habilidades necesarias para hacerlo, o en un medio que carece de los estándares médicos mínimos, o

12. López Gómez, A., Arribeltz, G., Alemán, A., Carril, E., Rey, G. (2011) "La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay". En Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. CSIC, Colección Artículo 2, 2011.

ambas cosas.¹³ Desde un plano que contempla tanto el derecho a la autodeterminación como a la salud integral de las mujeres, la inseguridad asociada a la práctica de los abortos en condiciones de riesgo se visualiza como uno de los grandes problemas vinculados a la realización de estos procedimientos dentro de un marco que los criminaliza.

La relación entre aborto inseguro y legislación restrictiva

De acuerdo con la OMS (2011),¹⁴ en 2008 se produjeron 21.6 millones de abortos inseguros a nivel mundial, lo que implica que aproximadamente uno de cada diez embarazos terminó en aborto inseguro en ese año, causando la muerte a 47000 mujeres. Las muertes provocadas por esta causa podrían ser prevenidas si el aborto se practicara de manera segura; no obstante, con un porcentaje del 13% continúa siendo una de las tres principales causas asociadas a la muerte de gestantes, junto con la hemorragia y la sepsis posparto.

En América Latina y el Caribe, la cifra anual estimada de abortos inducidos aumentó entre los años 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones. Respecto a este último número, se estima que 4.2 millones (es decir, más del 95%) fueron abortos inseguros (OMS, 2011). No obstante este aumento en números absolu-

13. World Health Organization (1992).The prevention and management of unsafe abortion.Report of a Technical Working Group.Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5).

14. World Health Organization (2011).Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Ginebra, World Health Organization.

tos, la tasa anual de aborto inducido se mantuvo estable entre 2003 y 2008, permaneciendo en entre 31 y 32 abortos cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años.

Concordantemente, en un estudio del Alan Guttmacher Institute y la OMS que analiza las tendencias e incidencia del aborto inducido entre 1995 y 2008, Sedgh et al (2012)¹⁵ señalan que luego de un período en el que se produjo una significativa disminución, la tasa de aborto inducido se presenta prácticamente incambiada entre 2003 y 2008, lo que sugiere un estancamiento.¹⁶ El estudio señala que sin embargo se ha incrementado el número de abortos considerados inseguros, que prácticamente comprendió la mitad de las interrupciones de embarazos en 2008. La investigación también indica que cerca de la totalidad de los abortos inseguros ocurrieron en los países en desarrollo, y que globalmente, la tasa de aborto inducido fue menor en aquellas regiones en que existen leyes más permisivas con respecto al aborto. La conclusión a la que se llega en esta investigación es que la mortalidad relacionada con el aborto se incrementa en los países que presentan leyes restrictivas.

Los datos extraídos de ambos documentos indican que el aborto inseguro se ha incrementado en los últimos años, y que es un fenómeno vinculado a aquellos países en donde se registran normativas jurídicas más restrictivas con respecto al aborto inducido.

15. Sedgh, G., Singh, S, Shah, I. et al (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* - 19 January 2012.

16. Según esta investigación, entre 1995 y 2003, la tasa de aborto se redujo de 35 a 29 cada 1000 mujeres, mientras que para 2008 permaneció casi sin cambios, situándose en 28 abortos cada 1000 mujeres.

Aborto inducido

El aborto inducido puede ser legal o ilegal, dependiendo del marco jurídico nacional o del estatal a la interna de un país, si se trata de regímenes federales. En los países en donde el aborto está prohibido o su acceso es limitado, existe una doble dimensión problemática: por un lado, se lesiona la autonomía y la libertad de las mujeres, al criminalizar su poder de decisión; por el otro, se genera un riesgo sanitario evitable, ya que la tasa de abortos inseguros es más alta que en aquellos países en donde sí está permitido por la ley.

Durante casi la totalidad del siglo XX y hasta entrada la segunda década del siglo XXI, Uruguay se situaba entre aquellos países en los que la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo estaba regulada por una legislación restrictiva, que criminalizaba la práctica y a la mujer que se realizaba el procedimiento. En las páginas siguientes, se ofrece un breve recorrido sobre la situación jurídica del aborto inducido en nuestro país, así como también se abordan los principales cambios procesados en esta materia y se realiza una aproximación a los factores que los explican.

Uruguay: breve desarrollo histórico sobre la situación jurídica del aborto inducido

Al estudiar el tratamiento jurídico que se le ha dado a la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay, se observa que en un comienzo se incluyó al aborto dentro de los delitos contra la persona, en el primero de los códigos penales que tuvo el país.

Sin embargo, el Código Irureta Goyena de 1933, que estuvo vigente entre 1934 y 1938, señaló que el aborto por voluntad de la mujer no constituía un delito; únicamente se lo catalogaba como delito si se realizaba sin consentimiento de la mujer o le causaba la muerte. Durante estos años, los informes parlamentarios indican que bajó la estadística de complicaciones por interrupción del embarazo y que no aumentó el número de abortos inducidos (Sapriza, 2011).¹⁷ Pero

17. Sapriza, G. (2011) "Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. 'Aborto libre': la corta experiencia

esta medida contó con una dura oposición conservadora y católica, la cual fue una de las razones para que en 1938 se aprobara la penalización del aborto.

Desde ese momento, el Código Penal de Uruguay estableció penas de prisión que iban desde los tres a los nueve meses para las mujeres que se practicaran voluntariamente un aborto (Art. 325), y penas de seis a veinticuatro meses de prisión para quien colaborara en su realización (Art. 325. bis). Se prevenían, no obstante, cuatro causas atenuantes y eximentes de pena en el Art. 328: honor, violación, razones de salud y angustia económica, pero únicamente en caso de que el aborto fuera practicado por un médico dentro de los primeros tres meses de la concepción (salvo en el caso de que se practicara por riesgo de salud de la mujer).

Mientras el aborto inducido fue un delito realizado al margen de las esfera público-estatal, distintas investigaciones señalaron que continuaba siendo una práctica ampliamente extendida en Uruguay. Durante el extenso período que abarca desde 1938 hasta 2012 (año en el que se produce un cambio legal que será desarrollado más adelante en este trabajo), el aborto se practicaba clandestinamente y en condiciones de riesgo, limitando directamente la plena concreción de los derechos de las mujeres.¹⁸

uruguay (1934-1938)". En (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. CSIC, Colección Artículo 2, 2011.

18. De las estimaciones cuantitativas sobre el número de abortos inducidos en el marco del contexto restrictivo, la última disponible -que tiene más de diez años- era previa a la difusión masiva del método químico (con medicamentos) en el circuito clandestino. Para ese entonces, donde el procedimiento se canalizaba principalmente a

El largo camino hacia el cambio legal: el rol de la movilización para la concreción de derechos

Para identificar las raíces del cambio que modificó la legislación recientemente, es necesario remontarse a la movilización social que empezó a cobrar fuerza hacia mediados de la década de 1980. En el extenso período que se abre a partir del fin de la última dictadura militar, la movilización a favor del cambio legal –que tuvo como protagonista al movimiento de mujeres y feminista– involucró diferentes actores sociales y sus acciones fueron diversas y numerosas, por lo que describirlas en profundidad implicaría un desarrollo extenso que excede las posibilidades de este apartado. Por ello, lo que aquí se ofrece es apenas una breve aproximación a algunas de sus principales características.

Como se indicaba, entre 1985 y 2012 es posible identificar una amplia y creciente movilización de la sociedad civil en torno a la efectivización de los derechos sexuales y reproductivos. Precisamente fueron actores desde el ámbito social que lograron posicionar el tema y concitar amplios apoyos, lo que se reflejó tanto en el plano legislativo (ya que se presentaron diversos proyectos de ley para modificar el Código Penal en cada legislatura) como a nivel de la opinión pública, lo que se constató en un creciente apoyo a favor del cambio legal registrado en las encuestas efectuadas en este período por diversas consultoras (Johnson, López Gómez y Schenck, 2011).¹⁹

través de clínicas, se estimaban 33000 abortos inducidos sobre 47000 nacimientos (Sanseviere, 2003).

19. Johnson, N., López Gómez, A. y Schenck, M. (2011) “La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales”. En (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. CSIC, Colección Artículo 2, 2011.

Despenalización del aborto

El 22 de octubre de 2012 en Uruguay fue aprobada la ley 18.987 llamada de “Interrupción voluntaria del embarazo”. Esta ley establece en su artículo 2º la despenalización del aborto inducido, siempre y cuando se realice durante las primeras semanas de gravidez a través de un procedimiento de consultas que involucra directamente a las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

A partir de la restauración democrática, las organizaciones feministas introdujeron la temática de los derechos de las mujeres dentro de la discusión sobre derechos humanos que se generó a nivel político. Esta vez, la interrupción voluntaria del embarazo sería vista desde una óptica diferente: no ya desde la mirada de los técnicos, sino desde la óptica de las mujeres, que salía de la órbita de lo privado para insertarse en el espacio público. Como indicaba una publicación de Cotidiano Mujer, se trataba de visibilizar la voz de las protagonistas, que debía hacerse oír para que el tema del aborto ya no fuera“(...) asunto de especialistas, mala palabra o drama individual” (1989:3)²⁰.

A partir de la década de 1990, surgen nuevas organizaciones y redes que ponen énfasis en la agenda de género, así como también se intensifica la actividad de las que habían surgido en años anteriores, calificando a través de su accionar el debate público sobre aborto inducido. Entre las organizaciones más relevantes del período, puede mencionarse a Cotidiano Mujer, la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), el Grupo de Estudios sobre la condición de la Mujer en Uruguay (GRECMU), Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), la Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (CNS mujeres) y Católicas por el Derecho a Decidir. El accionar del movimiento de mujeres y feminista en esta época comprendió tanto la movilización y posicionamiento del tema a nivel de la opinión pública, como la elaboración de documentos e insumos técnicos dirigidos a tomadores de decisión del sistema político-partidario.

20. Cotidiano Mujer (1989) Yo aborto, tú abortas, todos callamos... Montevideo, Cotidiano Mujer.

En el comienzo de la década del 2000, se suman al reclamo otras organizaciones de la sociedad civil, por lo que algunas autoras sostienen que ésta pasa de ser una demanda únicamente feminista a un reclamo ciudadano (Abracinskas y López Gómez, 2007).²¹ Como ejemplo de esto se puede citar a la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva, que contaba con la presencia, además del movimiento feminista, de la central de trabajadores (PIT-CNT), grupos de diversidad sexual, organizaciones religiosas (como las iglesias metodista y valdense), redes de jóvenes y juventudes partidarias del Frente Amplio. Asimismo, desde el ámbito académico, el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República también se manifestó a favor de un cambio legal que contemplara los derechos sexuales y reproductivos de un modo integral.

A nivel de la visibilidad pública, es en este período que surge uno de los elementos simbólicos más distintivos de la campaña a favor de los derechos sexuales y reproductivos, la mano naranja, así como también se elaboran diversos materiales informativos (de divulgación, técnicos y académicos), se realizan eventos (como seminarios, foros y talleres), movilizaciones, intervenciones urbanas y protestas creativas, entre otras acciones.

Por otra parte, la doble dimensión problemática del aborto inducido en un marco restrictivo a la que se hacía referencia anteriormente (en tanto obstáculo para la concreción efectiva de los derechos de la mujeres y riesgo sanitario)

21. Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2007) "El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal". En Abracinskas, L. y López Gómez, A. (Coords.) Aborto en Debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Montevideo, MYSU/IWHC.

vio emerger un segundo tipo de actores en este debate, las y los profesionales de la salud²², cuya preocupación eran los altos niveles en la mortalidad de las gestantes por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo que se registraban desde mediados de la década de 1990.

Nucleados en lo que más tarde sería la organización Iniciativas Sanitarias, estos profesionales –junto a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República– promovieron un cambio a nivel sanitario que se plasmó en 2004 con la aprobación de la normativa “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública). Mediante la misma, se realizaba orientación pre y post aborto para las mujeres que buscaran realizarse un procedimiento de interrupción, lo que representaba “un nuevo discurso médico y estatal” que aunque se orientaba fundamentalmente hacia la reducción de riesgos sanitarios, legitimaba a la mujer que buscaba realizarse un aborto (AUPF-RUDA, 2008:37).²³

A nivel legislativo nacional, un hito en referencia a las posibilidades y limitaciones para la efectiva concreción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lo marcó la aprobación de la ley 18.426, de Defensa del Derecho a

22. Schenck, M, López Gómez, A., Stapff, C. et al (2013) "Los derechos de las mujeres en América Latina frente al aborto inseguro e ilegal". En Revista Pueblos, n° 55, Primer trimestre de 2013.

23. AUPF-RUDA (2008). Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir. Montevideo, AUPF/RUDA/IPPF-RHO.

la Salud Sexual y Reproductiva, que entre sus puntos incorporaba y reforzaba la Ordenanza 369/04. Si bien el proyecto de ley aprobado por el Parlamento contenía la despenalización del aborto hasta las doce semanas de gestación por sola voluntad de la mujer, el presidente Tabaré Vázquez -acompañado por la ministra de Salud Pública María Julia Muñoz-, interpuso un veto parcial a los capítulos que despenalizaban el aborto, el cual se mantuvo por no alcanzar los votos necesarios para levantarlo en la Asamblea General. La ley que finalmente promulgó el Poder Ejecutivo el 1° de diciembre de 2008 estipulaba el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y daba carácter de ley a toda la normativa y guías clínicas existentes en salud sexual y reproductiva; no obstante, mantenía que el aborto inducido constituía un delito (López Gómez y Abracinskas, 2009²⁴; Schenck, López Gómez, Stapff et al, 2013²⁵).

A raíz de este hecho la movilización a nivel social para reclamar la interrupción legal del embarazo no se detuvo, sino que se incrementó. Se creó una nueva articulación en red de las organizaciones favorables al cambio, la Coordinadora por el Aborto Legal, que nuevamente nucleó a diversas organizaciones sociales además del movimiento feminista. A partir de allí, a través de un trabajo sostenido de monitoreo ciudadano y de campañas mediáticas que tuvieron un gran impacto (incluso a nivel internacional), el tema cobró aún mayor visibilidad pública.

24. López Gómez, A. y Abracinskas, L. (2009) El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Montevideo, Cuadernos de UNFPA.

25. Schenck, M, López Gómez, A., Stapff, C. et al (2013) "Los derechos de las mujeres en América Latina frente al aborto inseguro e ilegal". En Revista Pueblos, n° 55. Primer trimestre de 2013.

El factor de la movilización social es clave para comprender el posicionamiento del tema en un lugar central e ineludible a nivel del sistema político-partidario, instalando la demanda de legalizar el aborto inducido.

Del aborto inducido en condiciones de riesgo a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo: el escenario actual

El 22 de octubre de 2012 fue aprobada la ley 18.987²⁶, de Interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley establece en su artículo 2° la despenalización del aborto inducido, siempre y cuando se realice durante las primeras semanas de gestación a través de un procedimiento de consultas que involucra directamente a las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Un mes después de la aprobación de la ley el Poder Ejecutivo estableció su reglamentación a través del decreto 375/012, en el que se indica que las instituciones y el personal de salud que interviene en la interrupción del embarazo deben regirse por los principios de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la autonomía de la voluntad de la mujer, y se establecen los requisitos para acceder al procedimiento. Acorde con lo indicado por la ley 18.987, allí se reafirma que quienes podrán acceder a la interrupción del embarazo que regula la ley son las ciudadanas uruguayas naturales y legales, así como las extranjeras con más de un año de residencia (artículo 3°). Asimismo, se indica que la inte-

26. Para acceder al texto completo de la ley, véase: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor>

rrupción voluntaria del embarazo debe realizarse en el plazo de doce semanas de gestación bajo las circunstancias y requisitos que establece la normativa, lo que no rige únicamente para ciertas excepciones que prevé la ley (riesgo de vida y salud grave de la mujer, malformación fetal incompatible con vida extrauterina y violación).

En cuanto al procedimiento, la reglamentación establece que las mujeres deben solicitar una consulta médica ante su prestador de salud, manifestar al médico/a que las atienda que tienen voluntad de interrumpir su embarazo²⁷, tras lo cual la o el profesional de la salud realiza una derivación ante un equipo interdisciplinario (que según el inciso 2 del artículo 3° de la ley 18.987 deberá estar integrado por al menos tres profesionales, “de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social”). Este equipo, actuando conjuntamente, “deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción” (ley 18.987, artículo 3°, inciso 3).

27. De acuerdo con el artículo 8° de la reglamentación, si el médico/a que atiende a la mujer en la primera consulta es ginecólogo/a, “podrá integrar el equipo interdisciplinario y en ese caso deberá en esa misma consulta comenzar el proceso de asesoramiento integral a la mujer previsto en el artículo 3° de la Ley 18.987, sin perjuicio de convocar a los demás integrantes del equipo interdisciplinario para continuar con el mismo” (decreto N°375/012, artículo 8°).

Según establece la ley, el equipo “deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable” (ley 18.987, artículo 3º, inciso 4)²⁸.

A partir de que se recibe el asesoramiento, está pautado un período mínimo de cinco días (que la ley denomina como “período de reflexión”) para que la solicitante manifieste que mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo. De ser así, debe solicitar una consulta con un ginecólogo y expresarse a través de un consentimiento informado; según establece la reglamentación en su artículo 9º, será el profesional de la salud quien, “en el marco de la relación médico paciente”, determinará el procedimiento de interrupción del embarazo a seguir.

Tanto en la ley como en su decreto reglamentario, se establece que pueden existir en las instituciones de salud objeciones de ideario²⁹, así como también objeción de conciencia en el caso de las y los profesionales de la salud que intervienen directamente en la práctica del procedimiento de interrupción. Es importante

28. El equipo también puede entrevistarse con el progenitor, si la mujer lo autoriza expresamente (ley 18.987, artículo 4º, literal B; decreto N°375/012, artículo 12º, literal B).

29. Según la reglamentación, la “objeción de ideario” se configura “cuando surja de los estatutos de un Prestador de Salud Privado disposiciones que determinen o de las que se pueda inferir que las mismas no realizarán procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos 1, 2 y 3 de la ley 18.987, a su vez dichas disposiciones deberán estar vigentes previamente a la entrada en vigencia que la ley que se reglamenta” (decreto N°375/012, artículo 21º). En los hechos, dos instituciones se acogieron a la “objeción de ideario”: el Hospital Evangélico y el Círculo Católico.

indicar que no obstante, la objeción de conciencia sólo se aplica a la realización del procedimiento y por tanto no comprende las etapas de asesoramiento.

Según cifras difundidas por el Ministerio de Salud Pública, en el período que abarca desde diciembre de 2012 -mes en el que comenzó a regir la normativa- a mayo de 2013, se habrían producido 2550 procedimientos legales de interrupción del embarazo.³⁰

Los derechos en disputa

Si bien la ley de interrupción voluntaria del embarazo marca un cambio importante con respecto al escenario anterior, existen varios elementos en la misma que han sido problematizados desde una óptica que apunta a la plena concreción del derecho al aborto inducido.

En este sentido, las críticas se dirigen principalmente sobre dos nudos dilemáticos: la tipificación del delito de aborto y la operacionalización del procedimiento.

En cuanto a lo primero, se ha señalado que si bien la ley suspende la pena sobre el aborto provocado bajo las condiciones estipuladas en el apartado anterior, no destipifica el delito de aborto. Además de sus efectos jurídicos, ello tiene un potente efecto a nivel simbólico, que impacta en la construcción de subjetividades en torno a la interrupción voluntaria del embarazo y da cuenta de las tensiones que se

30. Ver: http://espectador.com/1v4_contenido.php?id=269251&sts=1

expresan en el ámbito del reconocimiento de este derecho (que se observan asimismo en la propia caracterización de la ley 18.987, en la que se establece que a través de la misma el Estado “garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, *reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana* y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población”).³¹

Asimismo, la operacionalización del procedimiento que establece la normativa lo sitúa únicamente en el ámbito asistencial: de este modo, si bien se aborda uno de los puntos centrales asociados a la práctica insegura del aborto inducido (el riesgo sanitario vinculado a su criminalización), se hace de una forma que aún presenta carencias desde una dimensión de derechos.

Particularmente, el proceso por el que deben atravesar las mujeres en las instituciones de la salud, donde se les exige que fundamenten su decisión frente a un grupo de técnicos/as (tras lo cual se las envía a reflexionar durante un mínimo de cinco días), lesiona su autonomía para tomar decisiones y en cierta forma indica que su reflexión previa no es válida.

Por otra parte, la ley estipula la neutralidad de las intervenciones profesionales en los espacios de interacción con la usuaria, cuando existen diversos elementos que complejizan esta noción. Entre ellos se encuentran mensajes contradictorios, que se expresarían en los siguientes niveles:

- A nivel macro, en lo referente a la legislación (como el que se mencione en

31. Las itálicas no figuran en la cita original.

Derecho a la Salud

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud;
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

el mismo párrafo introductorio de la ley 18.987 el que el Estado reconozca el “valor social de la maternidad” y tutele la vida humana, al tiempo que “promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos”),

- A nivel meso, en la vigencia a nivel de las políticas de atención a la salud del paradigma materno-infantil (que a diferencia del paradigma que promueve los derechos sexuales y reproductivos, entre otras consideraciones sitúa a las personas que recurren al sistema sanitario desde un rol pasivo y asimétrico en términos de poder con respecto a los profesionales³²),
- Y en lo que atañe particularmente al nivel micro de la intervención, donde se expresa una tensión entre “la intervención técnica y la intervención moral” (López Gómez, 2013: 34).³³

Como señala López Gómez, esto último es particularmente relevante, a la luz de que algunos estudios“(…) reportan que los/as profesionales parecen transitar con facilidad práctica y seguridad discursiva del juicio clínico al juicio moral, confiriendo significado profesional a apreciaciones de orden ideológico, religioso, político y social sobre las mujeres y sus demandas en salud (Schraiber, 1995, 2008, 2010). Esto parecería adquirir mayor visibilidad cuando se trata de mujeres en situación de aborto cuya realidad contradice el mandato histórico de género sobre la mujer = madre, al desnaturalizar el deseo del hijo como

32. Al respecto, ver: López Gómez, Benia, Guida et al, 2003.

33. López Gómez, A. (2013) Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files_ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf

constitutivo de la subjetividad femenina así como el instinto materno en el cual se basa este supuesto (Badinter, 1982)” (2013: 36).³⁴

A esto se agrega una nueva capa de complejidad dado que en la reglamentación, se prevé que participen de los ámbitos técnicos de asesoramiento aquellos profesionales que manifiesten ser objetores de conciencia (es decir, quienes se abstienen de practicar interrupciones de embarazos en todos aquellos casos donde no existe riesgo grave de salud para la mujer, según indica el decreto reglamentario en sus artículos 28° y 29°)³⁵. Necesariamente, estos elementos deben ser problematizados para no incurrir en intervenciones moralizantes desde un ámbito de consejería.

Concretamente, en la práctica ya se han hecho públicas situaciones que las mujeres han atravesado en las instituciones a las que recurrieron para realizarse el procedimiento, en las que según las palabras de una de ellas (que realizó declaraciones a la prensa) se sintió violentada por el sistema de salud³⁶. Por otra parte, autoridades del MSP confirmaron públicamente que han llegado al

34. Idem.

35. La objeción de conciencia puede comprender los procedimientos previstos en el inciso 5 del artículo 3° y literales B y C del artículo 6° de la ley 18.987.

36. "El sistema de salud en general fue violento. La ecógrafa me preguntó si quería escuchar el corazoncito. No está preparado el equipo técnico; cada operador dejó ver su opinión sobre el tema. En la ventanilla, una de las funcionarias me hizo caras [de desaprobación] y después comentarios a la otra. Diga que a mí no me importa, pero quizá a otra..." (Declaraciones efectuadas al periódico La Diaria, edición del 08.01.13). Disponible en: <http://ladiaria.com.uy/articulo/2013/1/camino-al-andar/>

ministerio diversas quejas de usuarias que afirman haber sido mal atendidas en distintas instituciones sanitarias.³⁷

En este marco, la operacionalización de la interrupción del embarazo presentaría problemas para la plena concreción de los derechos de las mujeres, ya que se las estaría interpelando desde el ámbito profesional en lugar de respetar su decisión. El riesgo es que las intervenciones profesionales no sean parte del apoyo previsto hacia las mujeres que buscan inducirse un aborto sino que por el contrario, formen parte de una evitable construcción negativa de la vivencia.

Una señal alentadora para contrarrestar este problema es que el MSP está dando un seguimiento de las quejas sobre el funcionamiento operativo de la interrupción voluntaria del embarazo³⁸, a la vez que se propone implementar instancias de formación para las y los profesionales de la salud que intervienen en el proceso.³⁹

Por otra parte, la objeción de conciencia también ha sido un obstáculo para la

37. El Observador, 17.02.2013. Disponible en: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/243767/una-ley-llena-de-obstaculos/>.

38. Ver declaraciones de Leticia Rieppi, Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, al periódico El Observador, en su edición del 17.02.2013. Disponibles en: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/243767/una-ley-llena-de-obstaculos/>.

39. Asimismo, en el artículo 5° de la ley 18.987, se indicaba que las instituciones del SNIS debían promover la formación permanente del equipo interdisciplinario especializado en salud sexual y reproductiva, "para dar contención y apoyo a la decisión de la mujer respecto a la interrupción de su embarazo" (ley 18.987, artículo 5°, literal A).

práctica de los procedimientos. Si bien el número de profesionales objetores se sitúa en el entorno del 30%, este porcentaje se desagrega desigualmente en el país, por lo que existen departamentos en los que está muy extendido. El caso extremo fue el de Salto, donde todos los ginecólogos se declararon objetores de conciencia: ello implicó que las mujeres que buscaban realizarse un procedimiento debieran trasladarse a otros departamentos para poder llevarlo a cabo. Actualmente, autoridades del MSP han señalado que están buscando una solución que permita realizar las interrupciones en Salto, que podría comprender el contratar profesionales de otros departamentos para practicar los procedimientos.⁴⁰

Derechos, ciudadanía y democracia: algunas reflexiones en torno al camino por delante

El considerar la dimensión sexual y reproductiva desde un marco de derechos, implicó un profundo cambio a nivel de cómo se consideraba originalmente a los mismos e introdujo un debate hasta el momento ignorado a nivel del espacio público.

Como se ha visto, la interrupción voluntaria del embarazo es central para construir un abordaje integral hacia estos derechos, por lo que no se la puede obviar a la hora de garantizar las condiciones y recursos necesarios para que las personas puedan tomar decisiones libres y autónomas sobre su vida sexual y reproductiva.

40. Ver declaraciones del subsecretario de Salud Pública, Leonel Briozzo, al diario El País, en su edición del 21.07.13. Disponibles en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/salud-publica-contratara-medicos-atender-abortos-salto.html>

Lo que se está discutiendo en este plano es, en definitiva, un tema de democracia a nivel sustantivo. Al promover la legalización del aborto inducido, lo que ha hecho el movimiento promotor es poner sobre la mesa un déficit democrático y mostrar la paradoja de que nuestro Estado de Derecho, al considerar la interrupción voluntaria del embarazo como un delito, está vulnerando derechos.

Por otra parte, el reciente cambio legal aprobado en Uruguay da cuenta de la complejidad del tema, en el que coexisten múltiples tensiones y nudos dilemáticos. Como se indicó previamente, la nueva ley aborda particularmente los problemas sanitarios derivados de la práctica del aborto inseguro, lo que si bien es central, parece estar dejando por fuera otras dimensiones igualmente importantes que hacen a su construcción subjetiva y habilitante. Es decir, al abordaje de la interrupción voluntaria del embarazo en tanto derecho.

El problematizar esta situación es el primer paso para buscar una solución frente a ésta, tomando acciones que apunten al empoderamiento de las mujeres que frente a un embarazo no deseado optan por realizarse un aborto, atacando así un déficit democrático que las afecta particularmente.

Se trata, en definitiva, de lograr un ejercicio de la ciudadanía que sea pleno, apuntando a diluir los nudos de desigualdad que aún persisten, como el que rodea la criminalización –jurídica y simbólica– del aborto voluntario.

23

Hablando de derechos | DESC + A
Cristalizando derechos