

EL DERECHO A LA SALUD E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Florencia Roldán¹,

Resumen:

En el presente trabajo se abordará, cómo la criminalización de la interrupción voluntaria del embarazo afecta el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres. Éste debe ser entendido en el marco del Derecho Internacional de los derechos humanos, como indivisible e interdependiente de otros derechos²; de modo que, la vulneración de uno, deriva en la vulneración de otros derechos. En este sentido, la penalización del aborto o la ausencia de políticas integrales para abordar esta práctica de larga trayectoria en nuestras sociedades, es una barrera al derecho a decidir de las mujeres de manera autónoma sobre su propio cuerpo; que deriva principalmente, en altas tasas de mortalidad materna por la práctica de abortos inseguros. Dado que el derecho a la salud ha sido concebido y se ha ido desarrollando en una diversidad de instrumentos Internacionales, los Estados Partes que hayan ratificado estos instrumentos (vinculantes) tienen la obligación de crear (o eliminar) acciones (políticas públicas, legislación) que garantice el pleno ejercicio de derechos de las mujeres en pie de igualdad y no discriminación por ningún motivo. De este modo, se abordará el desarrollo del derecho a la salud en los instrumentos internacionales y algunas reflexiones primarias sobre el diseño y la implementación de la ley 18.987, que permite la Interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay bajo ciertos requisitos y condicionantes.

Abstract:

In the present paper will be addressed, how the criminalization of voluntary pregnancy interupcion affects the right to health services of women. This must be understood in the International Human Right framework, as indivisible and interdependent of other rights; so that, the infrigment of one, result in the violation of other rights. In this sense, the criminalization of abortion or the absence of comprehensive policies to approach this long-standing practice in our societies, is a barrier to the right of women to decide autonomously on his own body, deriving mainly in high rates of maternal mortality from unsafe abortions practice. As the right to health had been concived and developed in a variety of international instruments, the State parties who have ratified these instruments (binding) have the obligation to create (or delete) actions (public policies, legislation) that guarantee the full exercise of women´s right standing equality and non-discrimination on any

¹ Master en Derechos Humanos y Democratización. CIEP- UNSAM. Correo electrónico: Frolan2012@gmail.com

² Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993.
World Conference on Human Rights, Vienna, 1993.



grounds. Thereby, it will be addressed the development of the right to health in the international instruments and some early reflections on the design and implementation of law 18,987, which allows voluntary termination of pregnancy in Uruguay under certain requirements and conditions.

I. Construcción del problema público-político

A. Derechos Sexuales y Reproductivos

El reconocimiento de los derechos de las mujeres, particularmente los relacionados con las esferas de la sexualidad y la reproducción, forman parte de las etapas más recientes de expansión y consolidación del Derecho Internacional de Derechos Humanos. Éste, responde a la irrupción de temas que han sido históricamente excluidos de la escena pública y de las decisiones políticas. Hablamos aquí, del “control patrimonial”³ sobre los cuerpos de las mujeres que vulnera el derecho a decidir autónomamente sobre su propio cuerpo, sobre la maternidad voluntaria, la maternidad forzada y el aborto voluntario. Como sostiene G. Tamayo⁴ “(...) los seres humanos no requieren apropiarse de su corporeidad; si algo debía ser más o menos evidente es la existencia de tal derecho (...) que es el más originario de todos los derechos (...)”; sin embargo en las prácticas sociales, especialmente en relación a la sexualidad y la reproducción se opera una confiscación del “personalísimo” derecho al propio cuerpo.

La redemocratización en países como Argentina, Brasil y Uruguay a mediados de los años 80 propició un terreno fértil para la movilización y lucha por los derechos Sexuales y Reproductivos como derechos humanos, creándose ventanas de oportunidades⁵ que facilitaron la ampliación del debate incluyendo una diversidad de actores, entre los cuales los colectivos Feministas tuvieron un rol protagónico y fundamental⁶.

Si fuéramos a caracterizar politológicamente este escenario, podríamos pensar en la propuesta analítica de Subirats⁷, donde los problemas públicos ingresan a la agenda de gobierno por la a. intensidad (graves) b. población afectada c. urgencia en la resolución d. novedoso. En este proceso se producen una constelación de actores que promueven o frenan el ingreso del

³ Concepto utilizado por G. Tamayo (2001) en su libro: “*Bajo la piel. Derechos sexuales derechos reproductivos*”.

⁴ Giulia, Tamayo. “*Bajo la piel. Derechos sexuales derechos reproductivos*”. Lima. Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”. 2001. P. 76.

⁵ Según Kingdon, las ventanas de oportunidad son escenarios que propician a los actores que están organizados detrás de una causa, a que puedan buscar soluciones políticas para la misma. Joan, Kingdon. “*Agendas, alternatives and public policies*”. Nueva York. Longman. 2003.

⁶ El reciente libro de Mabel Belucci dice que la lucha por el aborto constituye en sí “una genealogía del activismo feminista”.

⁷ Joan, Subirats y otros. “*Análisis y gestión de políticas públicas*”. Barcelona: Ariel: 2009.



problema público a la agenda y la solución política del mismo. En este escenario los diferentes actores construyen sus discursos dependiendo de la estrategia política que tengan en ese momento. En la misma línea, el concepto de “actor crítico” abordado por Macaulay, nos permite situar al movimiento de mujeres (en su diversidad de opiniones y posicionamientos) como uno de ellos, siendo “actores críticos: los que disponen de recursos que les permitan influir en el proceso de construcción de alianzas y en los resultados de las políticas de género”.⁸ Dependiendo esto de las trayectorias políticas, de sus ideologías personales, su cercanía a un partido político, su vínculo con la sociedad civil, entre otros.

En este sentido la abogada peruana G. Tamayo⁹ nos dice que el derecho internacional de derechos humanos se ha desarrollado en las esferas de la sexualidad y la reproducción mediante “...la constatación de los masivos y graves daños, riesgos y desventajas por género y su expresión epidemiológica” (...) generando esferas de preocupación en relación a “ (...) los efectos de dispositivos jurídicos e institucionales que sancionan la autodeterminación de las mujeres en materia reproductiva, entre ellos, la criminalización del aborto; o el carácter discriminatorio de las políticas públicas observado en todas las fases de su conducción, hasta llegar al espacio de relación proveedor / usuaria.”

En el presente trabajo comienza por situar el derecho a la salud y los derechos Sexuales y Reproductivos en los diferentes instrumentos internacionales¹⁰, especialmente se aborda este derecho en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y las Observaciones Generales número 14 y 16. Esto nos aporta insumos para pensar en la efectividad real de este derecho, en interdependencia con el derecho a la vida, el derecho al bienestar, el derecho a la igualdad, el derecho a la no discriminación. En este marco, abordamos la vulneración de estos derechos como consecuencia de la criminalización del aborto. Esta, tiene como consecuencias altas tasas de mortalidad materna provocadas por abortos realizados en condiciones de riesgo; mientras que, en aquellos países donde el aborto se permite bajo amplias causales, esta tasa es baja. Se presentarán datos al respecto.

Para anclar con la realidad este escenario, se presenta un mapeo normativo de los Derechos Sexuales y Reproductivos que se han ido desarrollando en Uruguay y se presentan algunas

⁸Fiona, Macaulay. “Cross-party alliances around gender agendas: critical mass, critical actores, critical structures or critical junctures?”. UN-DESA-DAW, ECA, IPU. 2005.

⁹ Giulia, Tamayo. “Bajo la piel. Derechos sexuales derechos reproductivos”. Lima. Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”. 2001. P.74-75

¹⁰ No es exhaustivo.

reflexiones primarias sobre la aprobación e implementación de la ley 18.987 en Uruguay, que permite la interrupción voluntaria del embarazo bajo ciertas condicionantes, desde el año 2012.

B. El aborto

En palabras de Susana Rostagnol¹¹ “el aborto forma parte de la gran política, de las formas en que las sociedades se dan para organizar la convivencia y para construir las relaciones sociales, especialmente las relaciones de género. Las discusiones parlamentarias en torno al proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva refieren a la organización social y sus jerarquías, el control patrimonial del cuerpo o a la autonomía de las personas”.

Todas las mujeres en edad fértil pueden enfrentar una situación de aborto con independencia de las maneras en que cada una viva su sexualidad. El aborto como práctica social de larga trayectoria, pero relegada al ámbito de lo íntimo, se ha convertido en un asunto político de relevancia que reclama acciones concretas de manera urgente por las consecuencias que tiene en la vida de las mujeres. En este sentido, la penalización de la práctica del aborto voluntario constituye una barrera al derecho a decidir que implica la violación de una serie de otros derechos, entre los cuales es posible identificar: la afectación del derecho a la vida y a sobrevivir; los derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión, de opinión, de expresión; a la privacidad; el derecho a la no discriminación; el derecho a estar libre de violencia por género, o derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; los derechos a la libertad, a la integridad y seguridad personal; el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas u otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes; el derecho a decidir en materia reproductiva; el derecho a la salud; el derecho a un recurso efectivo; el derecho a la educación, a la información y a gozar del progreso científico.

Las consecuencias nefastas en las vidas de las mujeres que genera la criminalización del aborto, traducidas en altas tasas de mortalidad materna producidas por abortos inseguros y las barreras que constituye para ejercer la autonomía de decidir sobre su propio cuerpo, generó un entorno habilitante para la discusión de nuevas legislaciones acordes a la realidad. El reclamo por la no criminalización de esta práctica, se presentó de forma reiterada en el espacio político de varios países de América del Sur (también del mundo), a lo largo de las últimas tres décadas, muchas

¹¹ Susana, Rostagnol “*El conflicto mujer-embrión en el debate parlamentario sobre el aborto*”. Revista de estudios feministas (UFSC). 2008. Vol.16, número 2. P. 673.

veces con un marcado énfasis en lo sanitario y el derecho a la salud y otras veces haciendo énfasis en el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo.

II. El Derecho a la Salud en el Sistema Universal de Derechos Humanos

El Sistema Universal de Derechos Humanos se convierte en una herramienta útil que interpela y muchas veces tiene la capacidad de obligar a los Estados, a que garanticen, respeten, promuevan y cumplan con la protección de los derechos humanos de las personas. En este sentido, la lucha por la despenalización del aborto desde la dimensión sanitaria, encuentra eco en varias normativas consagradas en el Derecho Internacional que promuevan los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos humanos. El derecho a la salud invoca un concepto de salud integral que comprende varios puntos que nos dan contenido para el presente trabajo. En este sentido, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros importantes instrumentos internacionales entienden salud como: “un estado de bienestar integral y completo, que incluye tres dimensiones: física, mental y social, estrechamente relacionadas entre sí. Desde esta perspectiva, la afectación de la salud o el riesgo para la salud, no se puede entender sólo como el riesgo de morir, sino que, en aras de una interpretación amplia e integral, se debe dirigir a evitar la consolidación de la enfermedad y, más aún, a detectar todos los factores de vulnerabilidad que pueden presentarse (posibilidad) durante cualquier etapa de la gestación. La presencia de estos factores de riesgo determina la factibilidad legal de una interrupción del embarazo cuyo propósito último sea proteger la salud de la mujer.”¹²

El derecho a la salud, en primera instancia, es reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, desde una perspectiva que va más allá de la ausencia de enfermedad. El artículo 25.1 establece que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (...)”¹³. Así como también el artículo 3 establece el derecho a la vida y a la libertad, el artículo 12 establece el derecho a la privacidad y la intimidad, el artículo 2 y 7 instauran el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

¹² Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Conferencia institucional de la Salud: OMS: Nueva York; 1946. La Constitución fue adoptada en Nueva York, el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Institucional de la Salud. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

¹³ Declaración Universal de Derecho Humanos: Art. 25. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii). 10 de diciembre de 1948.



Por otro lado, décadas más tarde, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW, también se reconoce el derecho a la salud en términos generales y asociado a determinados factores de discriminaciones. El artículo 11. 1. establece que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer (...) a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular: (...) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.”¹⁴ Así como también en su artículo 10. h establece el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.”

Por otra parte, el derecho a la salud, también es abordado en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial¹⁵; así como también en la Declaración y programa de acción de Viena se describe el contenido del derecho a la salud, particularmente para las mujeres, en términos de salud física y mental.

En las conferencias de Beijing (Plataforma de Acción de Beijing) y Cairo (Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y la Declaración), se incluyen definiciones del contenido del derecho a la salud que tienen en cuenta un concepto integral de salud, incluyendo factores físicos, sociales y económicos. Se hizo referencia explícita a la protección de la salud de la mujer en el ámbito de la reproducción. Se reconoció que todas las personas tienen derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Se comenzó a reconocer en la comunidad internacional que la reproducción y la sexualidad son ámbitos de la dignidad humana

En el año 2000, del Consenso de Lima, se desprendía que los Estados deben “garantizar la protección de los derechos humanos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, y hacer frente a las violaciones de estos derechos prestando particular atención a todas las formas de violencia sobre la base del género y a sus causas básicas, incluida la reproducción de una cultura de violencia” [y a] “Formular y perfeccionar programas encaminados a proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de conformidad con las

¹⁴ Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180. 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27 (1).

¹⁵ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial: Artículo 5. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19.

disposiciones adoptadas en El Cairo por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en Beijing por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”

Por su lado el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶ en su artículo 12 establece que los Estados Parte reconocen el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados se comprometen a tomar medidas con los objetivos de: “a. Reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. En el artículo 11 establece el derecho a la vida, en el 4 el derecho al bienestar, en el artículo 3 el derecho a la igualdad y el artículo 2 el derecho a la no discriminación.

En este sentido la Observación General¹⁷ número 14¹⁸ hace una interpretación del alcance del artículo 12 del Pacto. Reconoce la evolución que el derecho a la salud ha tenido en los últimos años y la creciente incorporación de la perspectiva de género con el fin de lograr la equidad entre varones y mujeres en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales. “El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.”

En este sentido, cuando se habla del “más alto nivel posible de salud” se hace referencia al alcance del ámbito de protección del derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al interpretar el artículo 12 del Pacto, definió que “el más alto nivel posible” de salud se refieren: a. al nivel de salud que le permita a una persona vivir dignamente, b los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros) y c. el acceso a los servicios de salud d. mediante la disposición de los Estados de todos los recursos

¹⁶ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

¹⁷ Observaciones Generales. Aprobadas por el Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/1989/22.

¹⁸ Observación General número 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)”. Párrafo 8.

posibles para hacer efectivo el derecho, partiendo de la distinción entre la incapacidad del Estado de cumplir sus obligaciones y la renuencia del mismo a hacerlo, y reconociendo que sólo se cumple cuando la disposición de los recursos va hasta su máximo nivel posible.

En definitiva, el derecho “al más alto nivel posible” de salud, parte del reconocimiento de que los estándares de bienestar son individuales. Como el Estado no puede asegurar que una persona no se enferme, su obligación es garantizar todas las oportunidades para que acceda al bienestar en condiciones de igualdad y no discriminación.

En el caso específico de la interrupción voluntaria del embarazo por razones de salud, de manera general implica la exigencia de que en ningún caso, se ponga en riesgo la salud de las mujeres exponiéndolas a prácticas inseguras. Adicionalmente, garantizando el acceso a procedimientos seguros cuando la continuación del embarazo, ponga en riesgo la salud de las mujeres, en términos físicos, mentales y sociales.

En la Observación General número 16¹⁹ que interpreta el párrafo 2 del artículo 2 del Pacto (garantiza la no discriminación fundada, entre otros motivos, en el sexo) está íntimamente ligada y se refuerza mutuamente con el artículo 3, que establece la garantía del disfrute del derecho en condiciones de igualdad, estableciendo que: “la eliminación de la discriminación es fundamental para el goce de los derechos económicos, sociales y culturales en pie de igualdad”. Indica en el párrafo 5 que “las mujeres se ven con frecuencia privadas del disfrute de sus derechos humanos en pie de igualdad, en especial debido a la condición inferior que les asignan la tradición y las costumbres o como consecuencia de discriminación abierta o encubierta. Muchas mujeres sufren diversas formas de discriminación al combinarse los motivos de sexo con factores como la raza, el color, el idioma, la religión, las opiniones políticas u otras, el origen nacional o social, el nivel económico, el nacimiento u otros factores como la edad, la pertenencia étnica, la presencia de discapacidad, el estado civil, la condición de refugiado o migrante, que agravan la situación de desventaja” En este sentido, los Estados Partes tienen la obligación de respetar²⁰, proteger²¹ y cumplir²².

¹⁹ Observación General número 16. Artículo 3: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. 1989.

²⁰ La obligación de respetar exige que los Estados Partes se abstengan de actos discriminatorios que directa o indirectamente tengan como resultado la denegación de la igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Respetar el derecho obliga a los Estados Partes a no aprobar y a derogar las leyes y a rescindir las políticas, las disposiciones administrativas y los programas que no están conformes con el derecho protegido en el artículo 3. En particular, incumbe a los Estados Partes tener en cuenta la manera en que la aplicación de normas y principios jurídicos aparentemente neutrales en lo que se refiere al género tenga un efecto negativo en la capacidad del hombre y la mujer para disfrutar de sus derechos humanos en pie de igualdad.



Los instrumentos internacionales nos permiten dar contenido y alcance al derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud. Éstos son vinculantes (obligatorios) para los Estados de la comunidad internacional (cuando se trata, por ejemplo, de pactos, convenciones o tratados). La obligatoriedad de los instrumentos internacionales de derechos humanos no se manifiesta solamente en una obligación de respeto de los derechos, sino en la de llevar a cabo todos los esfuerzos encaminados a garantizar su cumplimiento. Por lo tanto, todas las estructuras a través de las cuales se ejerce el poder público, deben tener la capacidad de garantizar jurídicamente el libre y pleno goce de los derechos humanos en pie de igualdad entre varones y mujeres sin discriminación. De esta manera, la garantía al ejercicio del derecho a la salud debe promover a que toda persona tenga acceso a los bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de bienestar.

En este sentido, reconocer la salud como un derecho humano, implica la adopción, por parte de los Estados, de medidas para que el acceso a servicios de interrupción de embarazo sea legal y seguro cuando la continuación del mismo ponga en riesgo la salud de las mujeres, en su sentido más amplio. También implica que los Estados y sus diversos agentes se abstengan de impedir el acceso a estos servicios. De modo que, el derecho a la salud también obliga a los Estados a eliminar los riesgos asociados al aborto inseguro facilitando el acceso legal a estos servicios.

De esta manera, los Estados deben garantizar el derecho de las mujeres a un aborto en condiciones seguras y por lo tanto, eliminar las restricciones legislativas que tiene por consecuencia altas tasas de mortalidad materna por abortos practicados en condiciones de inseguridad. En la misma línea, es útil recordar que ante la coexistencia de normas jurídicas internas e internacionales de derechos humanos contradictorias entre sí, se debe aplicar aquellas que mejor se ajusten con los derechos protegidos, lo que se conoce como el “principio pro homine”. En este sentido, si las normas del Derecho Internacional protegen de manera más amplia los derechos, en este caso, de las mujeres en condiciones de aborto voluntario, entonces son éstas, y no las del derecho interno, las que deben ser aplicadas.

²¹ La obligación de proteger exige que los Estados Partes tomen disposiciones encaminadas directamente a la eliminación de los prejuicios, las costumbres y todas las demás prácticas que perpetúan la noción de inferioridad o superioridad de uno u otro sexo y las funciones estereotipadas del hombre y la mujer. La obligación de los Estados Partes de proteger el derecho enunciado en el artículo 3 del Pacto comprende, entre otras cosas, el respeto y la aprobación de disposiciones constitucionales y legislativas sobre la igualdad de derechos del hombre y la mujer a disfrutar de todos los derechos humanos y la prohibición de toda clase de discriminación, la aprobación de instrumentos legislativos que eliminen la discriminación e impidan a terceros perturbar directa o indirectamente el disfrute de este derecho, la adopción de medidas administrativas y programas, así como el establecimiento de instituciones públicas, organismos y programas para proteger a la mujer contra la discriminación.

²² En virtud de la obligación de cumplir, los Estados deben tomar medidas con objeto de que, en la práctica, el hombre y la mujer disfruten de sus derechos económicos, sociales y culturales en pie de igualdad.

III. Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo.

La OMS define como aborto inseguro a aquel procedimiento destinado a poner término a un embarazo no esperado, realizado por personas que carecen de la capacitación necesaria, o en un ambiente que no cumple con los requisitos sanitarios mínimos.²³

Las causas más importantes de mortalidad materna a nivel mundial son, por orden de frecuencia a. hemorragias y las causas indirectas, b. las infecciosas, causas vinculadas directamente con el aborto provocado en condiciones de riesgo, c. las causas vinculadas con los estados hipertensivos, por complicaciones propias del parto, y otras.²⁴ Ésta, se distribuye de manera muy desigual en el mundo. Los estudios de seguimiento epidemiológico de este problema sanitario muestran cifras de más de 1.000 muertes maternas cada 100.000 embarazos en algunos países de África y Asia, hasta menos de 29 muertes maternas cada 100.000 embarazos en América del Norte y Europa Occidental.

La tasa de aborto mundial para el año 2008 era de 28, en los países desarrollados (menos Europa del Este) la tasa era de 17; en América Latina llegaba a 32. Si bien la diferencia en las tasas de aborto es resultado de muchas variables, la condición de ilegalidad del aborto, podría ser una de ellas. Por su lado, hay consenso mundial en considerar que, la causa más importante de muerte materna, la muerte por complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, es la causa más evitable de muerte materna, más fácilmente prevenible y tratable. Europa Occidental puede servirnos de ejemplo, donde la práctica del aborto se permite bajo causales más amplias, la tasa desciende a 12.²⁵ También podríamos poner como ejemplo a Uruguay, que a partir de la implementación de acciones sanitarias específicas para prevenir las complicaciones y la mortalidad materna por aborto inseguro, estas cifras descendieron drásticamente.

La OMS establece que se realizan 20 millones de abortos anualmente. Se estima que a nivel mundial una de cada ocho muertes maternas se debe a complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. Este porcentaje es diferente dependiendo del país al que se haga referencia. Particularmente en algunos países de América Latina, la mitad de las muertes maternas se

²³ OMS 2011.

²⁴ Leonel, Briozzo; y otros. "El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay". Revista médica Uruguaya. Vol.18. Número 1. Mayo 2002.

²⁵ Datos extraídos del Alan Guttmacher Institute (2012): reconocida institución dedicada a estudios en materia de reproducción y sexualidad.

produce por abortos en condiciones de riesgo. El 95% de la mortalidad por complicaciones relacionadas con el aborto inseguro se da en los países subdesarrollados.

IV. El desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Uruguay

La salud de la población (incluyendo los partos y abortos) en Uruguay, se transformaron en objeto de atención pública entre finales del 1800 y transcurridas las primeras décadas del 1900. En un contexto de “modernización” y creciente urbanización caracterizado además, por una temprana transición demográfica, la práctica del aborto gozaba de cierta tolerancia social, pero se gestionaba “secretamente” mediante “redes (informales) de solidaridad femenina”.²⁶

En palabras de R. Sanseviero, el contexto cultural uruguayo ha sido siempre de "condena, tolerancia y negación"²⁷ para las prácticas del aborto voluntario. Este fue re-criminalizado²⁸ en 1938 por la ley n° 9.763, la cual presentaba atenuantes y eximentes a la pena.²⁹ De modo que "(...) prohíbe pero al mismo tiempo exime ampliamente de pena, y confiere un status legal especial para el médico acusado de practicar un aborto, parece ser la expresión jurídica de un escenario cultural (la condena tolerante y negación) donde la necesidad colectiva de abortos puede gestionarse".³⁰ Durante más de un siglo, la sociedad uruguaya tuvo la particularidad de administrar la tensión entre los niveles discursivos y legales que descalifican el aborto voluntario, a la mujer que aborta y al practicante de abortos. Aún con el mantenimiento de una de las tasas estimadas de abortos voluntarios más elevadas del mundo.³¹ "Hay una condena pública al aborto voluntario pero una tolerancia privada del mismo.

Conforme va avanzando el siglo XX se fueron agudizando las restricciones legales al aborto, volviéndose una práctica cada vez más secreta. Las denuncias epidemiológicas, que en un principio resguardaban la identidad de la mujer, dejaron de lado la confidencialidad de la identidad

²⁶ Concepto utilizado por Joana Pedro en su libro: *Prácticas prohibidas, Prácticas costumeiras de aborto e infanticidio no século XX.* 2003.

²⁷ Rafael, Sanseviero. *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay.* Montevideo, 2003. P. 198.

²⁸ Cabe mencionar que entre 1934-1938 el aborto está despenalizado. Según la historiadora feminista Graciela Sapriza (2002), esto habría sido más el resultado del peso de las corrientes eugenésicas que consecuencia de ideas liberales.

²⁹ Realizado por un médico -no parteras-, bajo el consentimiento de la mujer, dentro de las primeras 12 semanas de gestación. Además por una de las siguientes causas: peligro para la salud o vida de la mujer; embarazo consecuencia de una violación; penuria económica u honor. Es preciso mencionar que son prácticamente nulos los abortos realizados dentro de los eximentes y atenuantes que establece la ley.

³⁰ *Ibidem.* P. 66-68.

³¹ RUDA. *Barreras, investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres y el derecho a decidir.* Publicado por AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO. 2008. P. 11.



de éstas, generando una lógica de represión cada vez más dura, a tal punto que en la década de los 90 se hizo frecuente que los médicos denunciasen a las mujeres que acudían a los servicios hospitalarios con complicaciones post-aborto, aunque difícilmente esto tuviera consecuencias judiciales.³²

En este contexto de profunda represión a la práctica voluntaria del aborto, el debate en torno al tema cobró intensidad y densidad. A tal punto, que entre 1985 y 2012 se aprobaron 7 proyectos de ley a nivel parlamentario, provocando esto, una inflexión discursiva trascendente que derivó en la aprobación de una ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) bajo ciertas condicionantes y requisitos.

V. Mapeo Normativo. Iniciativas Sanitarias.

Uruguay, en la década de los 90, contaba con una tasa de mortalidad moderada. Sin embargo, si analizamos la mortalidad materna por aborto realizado en condiciones de riesgo, las cifras resultaban alarmantes. Mientras que la tasa en el mundo de mortalidad materna por aborto inseguro rondaba el 13%, en América Latina el 21%, en Sudamérica el 24%, en Uruguay este porcentaje ascendía a casi 28%³³, llegando a un 48% en la asistencia pública en el año 2001.

Los datos sobre Uruguay expuestos anteriormente, son el resultado de una evaluación³⁴ para medir la prevalencia de la mortalidad materna por abortos inseguros a nivel nacional. De la tabla también se desprende otro dato muy importante a los efectos del presente trabajo, y este es qué; la tasa de mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo es mucho más elevada en el sector público. En el centro de maternidad más grande del país, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, al cual acuden personas de los niveles socioeconómicos más vulnerables, en el quinquenio comprendido entre 1996-2001³⁵ se produjeron 15 muertes maternas³⁶, 7 provocadas por abortos inseguros (47%). Aquí existe una brecha muy clara, en este marco donde la mujer se

³² Susana, Rostagnol y otros. "Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina". Revista brasileña. Est. Pop, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-236, jul/dic. 2009. P. 225.

³³ Aquí la dificultad radica en la carencia de información correcta sobre el número de embarazos no deseados y en particular el número de interrupciones voluntarias. La falta de informes periódicos sobre la morbilidad por aborto en condiciones de riesgo coloca a Uruguay en el mismo nivel que otros países de la región como República Dominicana, Jamaica y Haití, según datos de la última publicación internacional sobre causas de mortalidad materna en las Américas.: Acosta A, Cabezas E, Chaparro JC. "Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynecol Obst*" 2000: 125

³⁴ Uruguay. Ministerio de Salud Pública, División de Estadísticas. Sistema informático Perinatal. Montevideo. MSP: 2011. planillas de mortalidad materna entre los años 1995 y 2000

³⁵ Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2001.

³⁶ 7 de las muertes se produjeron en el año 2001, y 5 de ellas a causa de abortos inseguros.

enfrenta a una situación de aborto, la disponibilidad o no de recursos económicos establece entonces una diferencia marcada en cuanto a la atención sanitaria.

En respuesta, se aprueba la Ordenanza 369/004, donde se establece que: los médicos frente a la realidad que coloca a Uruguay en un situación alarmante en cuanto a las altas cifras de mortalidad materna provocada por abortos inseguro y la insuficiencia de las acciones desplegadas desde el Ministerio de Salud Pública en la búsqueda de reducir los daños provocados por esta práctica e incluso el incremento de las muertes por esta causa, es necesario y urgente ampliar las medidas tendientes a reducir estos daños. Para ello dentro del marco normativo llamado: Iniciativas Sanitarias "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"³⁷, se estipula la posibilidad de un control y asesoramiento obstétrico a la mujer, independientemente de la intención y/o concreción del aborto provocado, antes y después de su realización.

En el periodo comprendido entre los años 2010 y 2014 se produjo un boom en la producción, redacción y aprobación de leyes que promueven los derechos sexuales y reproductivos de la ciudadanía uruguaya. Como ya se mencionó se aprobó a ley 18.987 y se reglamentó mediante el decreto 375/012, además la ley 19.161 que otorga subsidio por maternidad y paternidad a trabajadoras/es del sector privado. También fue aprobada la ley 19.075 de Matrimonio Igualitario y la ley 19.167 que regula las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Además se reglamentó mediante el decreto 293/010 la ley 18.426 aprobada en el año 2008 sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, Art 3.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".

Incorpora, además, en el artículo 4 b.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".

³⁷ Formulado por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina.

La ley número 18.987 (ley IVE) establece un procedimiento para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. La misma es permitida dentro de las 12 primeras semanas del embarazo, la mujer puede acudir a un médico y expresarle sus razones para abortar. El médico debe, a la brevedad, coordinar una reunión con un equipo multidisciplinario conformado por un ginecólogo, un profesional de la salud psíquica y uno del área social. Este equipo debe proporcionarle la información necesaria, a la vez que asegurarse de que la mujer siga los pasos adecuados para tomar su decisión. Luego de esta instancia, la mujer cuenta con 5 días para reflexionar, luego de los cuales si continúa con la decisión de interrumpir con el embarazo, se comunicará con el médico quien lo llevará a cabo.³⁸ La ley, además, incorpora en el artículo 11 la Objeción de Conciencia, como un derecho de los médicos ginecólogos y del personal de salud³⁹.

VI. Algunas reflexiones primarias sobre el diseño y la implementación de la ley

Como se ha señalado a lo largo del presente trabajo, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos concretamente, forman parte de la última etapa de expansión del derecho internacional. Diversos son los instrumentos internacionales y regionales que contemplan estos derechos, pero aún son pocos los Estados que los garantizan, promueven y protegen. En este sentido, podemos numerar un sin fin de países que no tiene políticas que promuevan la Salud Sexual y Reproductiva de sus habitantes, conteniendo normativas restrictivas en este ámbito. En esta línea, la criminalización de la práctica del aborto voluntario constituye una violación a una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, el derecho a decidir, el derecho a la vida y a sobrevivir; los derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión, de opinión, de expresión; a la privacidad; el derecho a la no discriminación; el derecho a estar libre de violencia por género, o derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; los derechos a la libertad, a la integridad y seguridad personal; el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas u otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes; el derecho a decidir en materia

³⁸ Ley 18.987; artículo 3. Requisitos. 22 de octubre de 2012.

³⁹ Artículo 11 de la ley 18.987: (Objeción de conciencia): Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3º y el artículo 6º de la presente ley, deberán hacerlos saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen. La objeción de conciencia podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo. La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios. Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

reproductiva; el derecho a la salud; el derecho a un recurso efectivo; el derecho a la educación, a la información y a gozar del progreso científico.

El recorrido que ha realizado Uruguay en esta materia es interesante, ya que ha consolidado un paquete de normativas que promueven, protegen y garantizan en parte, estos derechos. En sentido es destacable la ley 18.426 que promueve los derechos Sexuales y Reproductivos mediante acciones dirigidas a la reducción de daños. En la misma la ley 18.987 que permite la Interrupción Voluntaria del Embarazo, se consolida, a casi tres años, como una ley que promueve estos derechos. Sin embargo, existen algunas cuestiones que no pueden dejarse de lado.

El resultado de diversas entrevistas realizadas en este marco, a diversos actores clave del proceso de diseño e implementación de la ley, arrojan algunas líneas que sirven de guía para seguir avanzando en este camino, que serán abordadas y analizadas en el marco de la investigación que se está realizando para culminar la Maestría en Derechos Humanos y Democratización en América Latina y el Caribe.

VII. Datos a ser analizados:

El reciente informe presentado por el Ministerio de Salud Pública, respecto al primer año de implementación de la ley IVE (Diciembre de 2012- Noviembre 2013) arroja una cifra de 6676 interrupciones, no reportándose ninguna muerte materna por esta causa y dos complicaciones graves, una de ellas por aborto inseguro. De modo que, a partir de estos datos podemos confirmar la “hipótesis” que fue sugerida a lo largo del presente trabajo, acerca de la causalidad entre la criminalización del aborto y altas tasas de mortalidad materna por aborto inseguro.

El 41% de las interrupciones fueron realizadas en el sector público y 59% en el sector privado; 64% en Montevideo y 36% en el Interior del país. El 18% de las interrupciones voluntarias de embarazo fueron realizadas a menores de 18 años, el resto eran mayores de 19 años. Esta cifra resulta muy llamativa si tenemos en cuenta que los resultados de diversas investigaciones realizadas con anterioridad (cuando el aborto se realizaba en condiciones de clandestinidad) arrojan un número hasta 5 o 6 veces mayor.⁴⁰

⁴⁰ “Para el año estudiado (2000) -considerando información que promedia el período 1999 – 2001- se estima que se producen en el país alrededor de 33.000 abortos voluntarios anuales, como cifra base. Más allá que esta cifra es muy inferior a algunas estimaciones que se han realizado con anterioridad, esa magnitud implicaría una tasa de aborto (proporción del número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos) del 38.5 %. En forma aproximada, de cada 10 “concepciones”, 4 abortan. Esa tasa de aborto sitúa a

Si bien pueden existir diversas variables que hayan hecho disminuir la tasa de abortos voluntarios, es llamativo tal descenso. En este sentido sería pertinente preguntarnos ¿Dónde se están realizando estos abortos y en qué condiciones? ¿Por qué las mujeres estarían eligiendo practicarse abortos voluntarios por fuera de los procedimientos que establece la ley 18.987? En la misma línea, sería interesante plantearnos acerca de lo accesible que resulta practicarse una interrupción voluntaria del embarazo.

Continuando, la objeción de conciencia prevista en el decreto reglamentario de la presente ley, es solicitada, según el mismo informe, por el 30% de los/as ginecólogos/as en cargos del Sistema Nacional Integrado de Salud, implicando dificultades importantes en algunos departamentos del país, como es el caso de Salto y Río Negro -concretamente en la ciudad de Young-, donde el 100% del personal médico han objetado conciencia. Aquí sería pertinente interrogarnos sobre las consecuencias de que el personal médico se declare objetor de conciencia: ¿Cómo resolvemos el conflicto-tensión entre el derecho del personal de salud a ser objetores de conciencia y el derecho de toda mujer a no continuar con un embarazo no deseado y/o que pone en riesgo su salud?

Uruguay de acuerdo a estimaciones internacionales en un 12º lugar en 81 países considerados." RUDA. *"Barreras, investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres y el derecho a decidir"*. Publicado por AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO. 2008. P. 181.



CUADROS.

Tabla 1. Muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo en regiones seleccionadas

<i>Región</i>	<i>Número de abortos en condiciones de riesgo</i>	<i>Número de muertes debido a abortos en condiciones de riesgo</i>	<i>% muertes maternas debido a abortos en condiciones de riesgo</i>
África	5.000.000	34.000	13%
Asia	9.900.000	38.500	12%
América Latina	4.000.000	5.000	21%
Europa Oriental	800.000	500	24%
Europa del Norte	Menos de 30.000	Menos de 20	2%
América del Norte	Mínimo	Mínimo	Mínimo

Fuente: World Health Organization. *Abortion: A tabulation of Available Information*, 3d. edition. WHO, Geneva: 1997⁽⁹⁾.

Tabla 5. Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado en diferentes regiones

<i>Región – Lugar</i>	<i>Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado</i>
Mundo (1)	13%
América Latina (1)	21%
Sudamérica (1)	24%
Uruguay (2) *	27,7%
CHPR (3)	47%

CHPR = Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo)

* Corresponde al quinquenio 1995-1999.

Fuentes:

1) World Health Organization. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion*, 3rd edition. Geneva: WHO, 1998⁽⁸⁾.

2) Uruguay, Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema Informático Perinatal. Montevideo: MSP, 2001⁽²⁴⁾.

3) Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Datos no publicados⁽²⁵⁾.

Bibliografía

Bellucci, Mabel. *Historia de una desobediencia*. Capital intelectual. Primera edición. 2014.

Briozzo, Leonel; Vidella, Gonzalo; et al. *El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay*. Revista Médica Uruguaya. Urug. vol.18 no.1 Montevideo mayo 2002.

Equipo investigación RUDA. *Barreras, investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres y el derecho a decidir*. Publicado por AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO. 2008.

González, Ana; Durán, Juanita. *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Producción y realización Cotidiano Mujer. Primera Edición. 2008.

Jonhson, Niki; Rocha, Cecilia; Schenck, Marcela. *La inserción del aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013. Un análisis desde el Movimiento Feminista*. Convenio ICP-FCS-UdelaR- Cotidiano Mujer. 2014.

Jonhson, Niki; Lopez, Alejandra; Sapriza, Graciela; Castro, Alicia; et al. *(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Uruguay. Universidad de la República. Artículo 2. 2011.

Nugent, G. *El orden tutelar. Sobre las formas de autoridad en América Latina*. Lima. Clacso/Decso. 2010.

Kingdon, Joan. *"Agendas, alternatives and public policies"*. Nueva York. Longman. 2003.

Macaulay, Fiona. "Cross-party alliances around gender agendas: critical mass, critical actores, critical structures or critical junctures". UN-DESA-DAW, ECA, IPU. 2005.

Pedro, Joana. *Prácticas prohibidas, Prácticas costumeiras de aborto e infanticidio no século XX*. 2003.

Rostagnol, Susana; Viera, Mariana. Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de la salud. Estudio en el centro hospitalario Pereira Rosell. Uruguay. Presentado en Seminario Nacional de derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores de Salud. Trato humanizado. Rosario, Argentina. 15- 16 de setiembre. 2005.

Rostagnol, Susana. *El silencio, la soledad, la censura social*". En Briozzo L. (ed) *Iniciativas sanitaria: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo*. Montevideo, Arena. 2007. pp 21-44. 2007.

Rostagnol, Susana. *El conflicto mujer-embrión en el debate parlamentario sobre el aborto*. *Revista de estudios feministas* (UFSC). Vol.16, número 2. 2008 pp 667-674.

Rostagnol, Susana. *Aborto voluntario y relaciones de género. Políticas del cuerpo y de la reproducción*. Tesis doctoral en Antropología Social. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y letras. UBA. 2011

Rostagnol, Susana. *¿Tolerancia?: Debates sobre la legalización del aborto*. En Gioscia, Laura *"Más allá de la tolerancia? Ciudadanía y diversidad en el Uruguay contemporáneo."* Ediciones Trilce. 2014. pp

Sanseviero, Rafael; Rostagnol, Susana; Guchín, Mónica; Migliónico, Américo. *Condena, tolerancia, negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo. Universidad de la Paz. CBA. 2003.
Subirats, Joan. *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, Ariel. 2009.

Rostagnol, Susana. *Lugares y sentidos del aborto voluntario.: un diálogo con la bioética*. Buenos Aires. Ediciones del signo. año 11, número 21. Segundo semestre 2006.

Tamayo, Giulia. *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima. Centro de la mujer peruana "Flora Tristán". 2011.

Palabras clave

Derecho a la salud
Mortalidad maternal
Aborto
Derecho Internacional.

Key words

Right to health
Maternal mortality
Abortion
International Right

