

**PROBLEMAS COMPLEJOS, INTERVENCIONES INTEGRALES.
Aborto inseguro, mortalidad de mujeres,
Reducción de incidencia y ejercicio de derechos.¹**

Lilián Abracinskas²
Alejandra López³

Esta comunicación pretende ser un aporte en la construcción de miradas integrales sobre problemáticas complejas, como es el embarazo no deseado y el aborto inseguro, en la cual se interrelacionan dimensiones que refieren a lo político, lo socio – cultural, lo sanitario, lo subjetivo, lo ético y lo jurídico.

En una apretada síntesis, se ha buscado reseñar las principales características del proceso del debate social y político de los últimos años en Uruguay, desde una perspectiva que articula una visión feminista y un abordaje interdisciplinario sustentado en la experiencia y trabajo profesional desarrollado por Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)⁴, desde el año 1996.

Esta reflexión es producto también de la experiencia acumulada en la interacción y diálogo con otros actores sociales y profesionales que juegan un rol sustantivo en la búsqueda de soluciones para estos problemas.

La construcción del vínculo entre MYSU e Iniciativas Sanitarias, ha sido un proceso de aprendizaje mutuo en la construcción de confianzas entre dos actores de naturaleza y trayectoria distintas en relación al tema, que ha potenciado la búsqueda de sinergias para el desarrollo de intervenciones más efectivas e integrales.

Introducción

La práctica del aborto es una consecuencia frente a la constatación de un embarazo que no estaba previsto, que no fue deseado, que no es intencional y/o que no se puede continuar. En estas circunstancias las opciones son escasas: se prosigue con el embarazo y se asume la crianza, se prosigue con el embarazo y se da en adopción al recién nacido o se define la interrupción. La decisión dependerá de las circunstancias de vida de cada mujer, su entorno familiar y social inmediato, el marco legal vigente en el país, el acceso a información y recursos para efectivizar la decisión, entre otros factores.

El aborto ha sido, a lo largo de la civilización, la forma cómo las mujeres han podido resolver la constatación de un embarazo no buscado. Hasta la aparición de los métodos anticonceptivos modernos, fue casi la única manera de ejercer la vida sexual sin fines

¹ Publicado en el Libro. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Leonel Briozzo (ed.) Montevideo 2007.

² Lilián Abracinskas. Co – coordinadora de MYSU y Coordinadora Ejecutiva de CNS mujeres por democracia, equidad y ciudadanía.

³ Alejandra López Gómez. Co – coordinadora de MYSU. Coordinadora de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología – Universidad de la República.

⁴ MYSU. Mujer y Salud en Uruguay – www.mysu.org.uy

reproductivos.⁵ A pesar de estar en el siglo XXI, los embarazos no planificados y los abortos siguen ocurriendo debido, entre otras razones, a que ningún método anticonceptivo es totalmente eficaz; existen relaciones sexuales forzadas y/o sin consentimiento; el factor subjetivo es una dimensión central cuando se trata de la sexualidad y la reproducción (las personas cometen omisiones, errores, olvidos) y, en muchas oportunidades, no se puede asumir la responsabilidad de la maternidad y/o la paternidad en ese momento o se tienen otros proyectos de vida.

Los contextos legales restrictivos, las censuras sociales que condenan embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquellas que no tienen pareja formal; la falta de acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; el no reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica del aborto inseguro. Éste es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia a nivel mundial significativa en la muerte de mujeres en edad reproductiva (OMS, 2003). En Uruguay, esta incidencia tuvo su expresión máxima en el año 2001 al constituirse en la primer causa independiente de muerte materna (Briozzo, 2002).

Proceso de cambio legal

Desde 1985, año en el que se recupera la democracia luego de doce años de dictadura militar, en cada legislatura hubo iniciativas que pretendieron siempre modificar los artículos del Código Penal para despenalizar la práctica del aborto en el país. La ley vigente que data del año 1938 (Ley N° 9.763) establece que el aborto es un delito siempre, cuya pena puede ser atenuada o eximida por el Juez ante determinadas causales, siempre y cuando haya sido realizado por un médico antes de los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer⁶.

Los años de vigencia de la Ley no dan cuenta de su aplicación dado que nunca se implementaron las condiciones para habilitar el acceso a servicios que practicaran abortos dentro de las causales establecidas. La tipificación del aborto como delito siempre y la ambigüedad para habilitar las atenuantes y eximentes de pena la harían inimplementable (Dufau, 1989). En caso de poder aplicarse, de todas formas, dicha ley necesitaría ser modificada para eliminar la causal "*honor de la familia*", por ser inadmisibles el bien que busca proteger. Atenuar la pena del aborto por salvar el honor de la familia es asimilable al horror jurídico que elimina la culpa del violador que propone matrimonio a la mujer víctima de la violación.

La ley vigente ha demostrado también ser ineficaz para reprimir la práctica dado que se han registrado muy pocos procesamientos por el delito de aborto y el recurso de la interrupción del embarazo sigue siendo una práctica extendida en el país⁷. Los casos de procesamiento existentes se remiten casi exclusivamente a las situaciones donde la mujer involucrada, murió. Esta ley punitiva, entonces, lo único que ha generado y

⁵ Según estudios nacionales, el aborto habría sido una de las principales medidas que tuvieron las mujeres uruguayas a comienzos del siglo XX, para controlar su fecundidad, lo que se supone contribuyó a procesar la transición demográfica que el país completó tempranamente en relación a la región (Sapriza, 1989).

⁶ Las eximentes que establece la ley son cuatro: violación, honor de la familia, angustia económica y riesgo de vida y salud de la mujer.

⁷ Las estimaciones disponibles varían en un rango que va desde 150.000 abortos anuales (Hermógenes Alvarez, 1974) a 33.000 abortos anuales (Sanseviero, 2003).

promovido es la práctica clandestina, la mayoría de las veces realizada en condiciones de riesgo, lo que continúa impactando sobre la salud y la vida de las mujeres.

La criminalización del aborto en Uruguay no parecería tener como principal objetivo, por lo tanto, la reducción de la práctica sino el imponer un clima de condena afianzado en una doble moral que ha buscado culpabilizar y sojuzgar a las mujeres que dan evidencia de haberse practicado un aborto.

Por otro lado, cuatro proyectos de ley hayan sido discutidos, a nivel parlamentario, en los últimos 20 años (entre 1985 – 2004) para despenalizar/legalizar el aborto. Esto evidencia verdaderos esfuerzos por adecuar la norma a la realidad. Estas iniciativas han buscado, progresivamente, abordar el problema desde una concepción integral, introduciendo medidas que instauren en el país educación sexual, acceso universal a métodos anticonceptivos y promoción de maternidades y paternidades responsables. Todas las iniciativas legislativas fueron fundadas en la preocupación de resolver una problemática sanitaria y social –como la práctica clandestina e insegura del aborto- pero además buscaron promover medidas (fundamentalmente en el último proyecto de ley presentado)⁸ para profundizar la vida democrática del país, reconociendo y respetando la pluralidad de sistema de valores presentes en la sociedad y protegiendo la libertad individual en el ejercicio de la sexualidad y el control de la capacidad reproductiva.

Esta búsqueda de respuestas legislativas más respetuosas de los derechos humanos y más sensibles a las demandas y necesidades de las personas, son medidas aún pendientes en el proceso de superar problemáticas arrastradas por tantos años.

En el resultado de estos debates legislativos, en cada una de los proyectos presentados, predominó la negociación política, la lógica electoral y/o la influencia de poderosos sectores preocupados por sostener el status quo y el dominio hegemónico de sus creencias y valores. Sin embargo, y a pesar de los sucesivos resultados negativos en el proceso legislativo, el debate social sobre aborto en Uruguay ha sido sostenido y ha explotado periódicamente en lo público, acortándose los períodos inter-debates y ampliando el número de voces posicionadas a favor de la modificación de la ley.

De reivindicación feminista a demanda ciudadana

La sociedad uruguaya se ha permitido hablar abiertamente de estos temas - que habían transitado fundamentalmente por lo “que no se dice”-, como resultado de una fuerte y sostenida intervención de actores sociales que potenciaron su capacidad y disposición de construir nuevos consensos en torno a la defensa y el respeto del derecho a decidir de las personas en el campo de la sexualidad y la reproducción.

Varias son las razones que explican la construcción de nuevos consensos sociales en torno a temáticas que transitan por un campo de luchas y tensiones. La persistencia del aborto inseguro como una problemática social así como la permanencia del tema en el dominio de lo sanitario, social, legislativo y mediático son, a nuestro criterio, fundamentales. Dichas razones deben ubicarse en el proceso creciente de reconocimiento y legitimación ciudadana de los derechos sexuales y los derechos

⁸ Proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva (2002-2004)

reproductivos en una agenda sustentada en la universalidad, integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos.

El incremento de la muerte de mujeres, en el año 2001 por razones vinculadas a la práctica insegura del aborto, coincidió con la agudización de la crisis económica en el país y la ampliación del número de personas viviendo en condiciones de marginación y exclusión social. Ante dicha situación se produjo una reacción social inmediata y se demandaron respuestas integrales para la prevención del embarazo no deseado. En ese contexto, el trabajo acumulado por más de veinte años de las organizaciones de mujeres y feministas, adquirió mayor impacto público.

La reacción y posicionamiento de los profesionales de la salud más vinculados a la mortalidad por aborto inseguro, fue factor que coadyuvó a la redimensión del problema y le otorgó mayor legitimación al tema frente a determinados decisores políticos y sectores de la población. A finales de 2001 se crea *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, instancia que promovió la creación de la norma para la atención pre y post-aborto, principal estrategia sanitaria para la disminución del riesgo.

En el año 2003 se crea la *Coordinación Nacional de organizaciones sociales por la Defensa de la Salud Reproductiva*, que logra articular instancias feministas, sindicales, religiosas, profesionales, de derechos humanos, de diversidad sexual y de jóvenes, constituyéndose en una alianza sin precedentes en el país en torno a esta agenda. A ella se sumaron declaraciones públicas de adhesión del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República así como el Sindicato Médico del Uruguay, ambas instituciones de alta legitimidad política y social.

El consenso entre estos actores se basó en la integralidad del proyecto, en la importancia de reconocer el aborto inseguro como problema de salud pública, de equidad y de justicia social. Así mismo, el acuerdo se sostuvo en afirmar que los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos fundamentales y que las mujeres tienen el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos. El aborto como dimensión de la libertad personal en el derecho a decidir momento, número y espaciamiento de los hijos, pasó a integrar la agenda política del país, junto a los “grandes temas nacionales”.

Algunos indicadores de ese proceso son los resultados que muestran las encuestas de opinión pública que sobre el tema se vienen realizando en el país desde 1985. El cambio en el posicionamiento de la opinión pública es notable en los últimos años. De porcentajes que ubicaban, en la década del 80, una aceptación del 25 % ante el derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo durante los tres primeros meses de la gestación, a porcentajes que alcanzan el 55 % en el año 2004.⁹

Disminución del riesgo y ejercicio de derechos

⁹ Las Encuestas de Opinión fueron realizadas por las Empresas Cifra y Factum. La Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva encomendó en mayo de 2004 a la Empresa Equipos Mori una nueva encuesta y la última información disponible sobre el estado de la opinión pública es la que se recoge en la investigación sobre Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Un estudio desde la perspectiva de género y generaciones” (MYSU, Universidad de la República, UNFPA, INE, MSP, IMM). Montevideo 2004 – 2006.

Un análisis en profundidad sobre la práctica del aborto en la sociedad se inscribe en la compleja vinculación de las dimensiones biomédicas, filosóficas, jurídicas, éticas, psicológicas, sociales, culturales, morales, filosóficas, ideológicas y, por lo tanto, políticas.

Los enfoques integracionistas y desarrollistas que caracterizaron el decenio de la mujer (NNUU1975-1985) marcaron y hegemonizaron el terreno de la definición de políticas y programas dirigidos a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su contribución al desarrollo de los países. Este enfoque, denominado por algunas teóricas (Moser, Young 1985) como Mujer en el Desarrollo (MED), tuvo su traducción en el campo de las políticas de salud, al enfatizar la contribución relevante que las mujeres realizaban a la salud de la población, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar y responsable de las tareas y de la atención en el ámbito de doméstico. (López Gómez, A. et al, 2003)

El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos también en lo que refiere al derecho a tener una vida saludable. El enfoque Mujer, Salud y Desarrollo (De los Ríos, 1995) es el marco que ha sustentando el modelo materno infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista, dirigidos a las mujeres pobres, cuya finalidad principal se centra en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al binomio madre- hijo. Binomio centrado en la figura de la mujer en tanto madre y en la figura del niño/a en tanto hijo, estando ausente en esa relación la participación del varón en el ejercicio de la paternidad.

Los servicios de salud para mujeres basados en la atención del embarazo, parto y puerperio, no fueron tradicionalmente acompañados de estrategias de transformación de las condiciones que generan subordinación por género. La experiencia acumulada, su sistematización y los avances en el terreno de la investigación sobre prácticas, necesidades, acciones y políticas en salud, han abierto nuevas perspectivas, generando conocimientos que permiten conceptualizar la salud de las mujeres, desde otros enfoques. Las políticas y servicios de salud hacia las mujeres, están desafiados a incorporar y articular con criterio de transversalidad e integralidad, la satisfacción de necesidades prácticas y de necesidades estratégicas de género (Molineaux, Moser, Young, 1985). Las necesidades prácticas como aquellas que se derivan de la división sexual del trabajo y del rol tradicional de reproducción biológica y social de las mujeres (acciones focalizadas tendientes a superar las inequidades). Las necesidades e intereses estratégicos sustentados en el cuestionamiento a la posición de las mujeres en la sociedad, que buscan subvertir el orden genérico que coloca a las mismas en posición de subordinación y que busca el empoderamiento de las mujeres como sujetos de derechos.

El enfoque Género en el Desarrollo (GED) que comienza a construirse como nuevo paradigma hacia la década de los 80, permitió focalizar el papel de la salud como criterio de equidad entre los sexos (Género, Salud y Desarrollo). El análisis deconstructivo de la segregación de funciones sociales según la pertenencia a uno u otro sexo, introduce el análisis del poder en las relaciones entre mujeres y varones (incluyendo las relaciones de poder en la relación médico-paciente, así como en las relaciones al interno de los equipos de salud y entre las diversas profesiones vinculadas) apostando a la reconstrucción socio-histórica de lo femenino y lo masculino en términos de mayor equidad, solidaridad y justicia.

“Desde esta perspectiva, se entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género, particularmente en lo que refiere a la sexualidad y las decisiones reproductivas. Concebir a las mujeres desde su “ser integral” (en su condición de ser sexuado y sexual, biológico, sociocultural, político, subjetivo) y como sujetos con derechos a tener y ejercer sus derechos, demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud así como en las prácticas de las profesiones involucradas.” (López Gómez, A. et. Al, 2003)

La lógica del asistencialismo predomina en tanto política pública en el campo reproductivo, contribuyendo, de esa forma, al mantenimiento de la exclusión social y a la no superación de ésta. Transformar necesidades en derechos es justamente el camino para destruir esa lógica (Avila, 2000).

En este contexto, es necesario pensar cómo las estrategias sanitarias para la disminución de riesgos de abortos inseguros, pueden contribuir tanto a la transformación de prácticas asistencialistas y paternalistas de los servicios de salud, como al empoderamiento de las mujeres en el fortalecimiento del ejercicio de derechos.¹⁰

Si bien el cometido principal de las estrategias sanitarias centradas en la reducción del daño es la incidencia en la morbi – mortalidad materna, éste tendrá mayor impacto en la medida que incorpore y atienda no sólo los factores epidemiológicos sino, de forma sustantiva, aquellos de orden psico - socio - cultural.

Por ello, la confluencia de abordajes y enfoques interdisciplinarios así como el diálogo y la articulación entre distintos actores, se vuelven condiciones imprescindibles para el desarrollo de estrategias integrales que tiendan efectivamente a mejorar calidad de vida de las mujeres, en particular.

La experiencia en escenarios locales para la implementación y difusión de la normativa sanitaria “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, (MSP, ordenanza N° 369, 2004), que se está desarrollando en el marco del proyecto “Proteger la vida y la salud de las mujeres mediante la reducción de abortos en condiciones de riesgo”¹¹, es un excelente ejemplo de articulación de esfuerzos con base en la participación comunitaria.

Esta experiencia ilustra y enseña sobre la importancia que tiene intervenir al mismo tiempo en el centro de salud (mediante la sensibilización y capacitación del personal) y en la comunidad (mediante el involucramiento de los actores locales y de la población en general), para el logro de servicios de atención y orientación integrales que satisfagan las necesidades y demandas específicas de mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto.

¹⁰ Este enfoque es el marco referencial desde el cual MYSU/Facultad de Psicología (UdelaR) realizaron la capacitación a 250 profesionales (personal de enfermería, psicología, trabajo social y parteras) de los servicios públicos del Ministerio de Salud Pública en “Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en prevención de embarazo en la adolescencia” (2004). En el año 2005 – 2006, MYSU/ Facultad de Psicología/Facultad de Medicina (UdelaR) realizaron la capacitación a 250 profesionales médicos de los mismos servicios. (Proyecto Infamilia (Mides) – BID)

¹¹ Sub – proyecto: “Involucrando a las usuarias y las comunidades”. MYSU – Iniciativas Sanitarias, con el apoyo de IPAS.

Consideramos que los avances producidos en los últimos años en términos de ampliación de debate público y base social de apoyo a un cambio legal sobre aborto; la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda social y política del país; la aprobación e implementación de la normativa sanitaria para la disminución del riesgo del aborto inseguro; la incorporación de prestaciones en salud sexual y reproductiva en la práctica de los servicios y en la capacitación de sus profesionales; así como el fortalecimiento de alianzas entre distintos actores, conforman un escenario propicio para ir consolidando respuestas de mayor integralidad a problemáticas complejas que no admiten miradas reduccionistas.

Para avanzar en la promoción, respeto y generación de garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, Uruguay tiene una deuda pendiente: adecuar su legislación a la creciente demanda ciudadana por la legalización del aborto. Este cambio legal representará el reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres así como otorgará un adecuado respaldo a la intervención profesional en este terreno.

Bibliografía

ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ. (2001). Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada. Presentado en el Seminario Regional “ONG y Gobernanca”, Programa MOST-UNESCO. Montevideo.

ABRACINSKAS, L Y A. LÓPEZ GÓMEZ (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU. Montevideo.

AVILA, M. B. (2000). Derechos reproductivos y ciudadanía. En: Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo, Advocacy en Derechos Reproductivos y Sexuales. Workshops Nacionales, SOS CORPO, Genero y Ciudadanía. Brasil.

BRIOZZO, L (2004) Cap.3: Mortalidad materna. En: ABRACINSKAS, L Y A. LÓPEZ GÓMEZ (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU. Montevideo

CORREA, S. y R. PETCHESKY (1998). .Reproductive and Sexual Rights: A feminist perspective.. En Sen, Germain, Chen (Ed.): Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. IWHC. NYC.

DE LOS RÍOS, R. (1995). .Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción.. En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.

DUFAU, G. (1989) Regulación jurídica del aborto en el Uruguay. Serie documentos GRECMU. Montevideo.

ECHEVESTE, L. y M. MITJAVILA (1992). La medicalización de la reproducción humana. Las desigualdades de clase y de género en los discursos médico sanitarios sobre la lactancia materna. Serie Investigaciones N° 64. CLAEH. Montevideo

GÜIDA, C. (2003). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Tomo 6, N° 3. Montevideo

LÓPEZ GÓMEZ, A., G. DUFAU, L. ABRACINSKAS, S. ROSTAGNOL y N. FILGUEIRAS (2003). Derechos sexuales y los derechos reproductivos Diagnóstico nacional y balance regional. MYSU-CLADEM/Uruguay. Montevideo.

LÓPEZ GÓMEZ, A. (inv. principal) (2003) Del enfoque materno-infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas en Uruguay. C.L. Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. UdelaR – Fundación Mexicana para la Salud. Montevideo.

MOLINEAUX, M. (1985). Mobilisation without emancipation: women's interests, state and revolution in Nicaragua.. En: Feminist Studies.

MOSER, C. (1991). La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género. En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres . Flora Tristán. Perú

OMS (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra.

RAMOS, S. et al. (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica? CEDES. Buenos Aires.

SANSEVIERO, R. et. Al. (2003) Condena, tolerancia y negación. El aborto en el Uruguay. CIIP/NNUU, Montevideo.

YOUNG, K.(1991). Reflexiones sobre como enfrentar las necesidades de las mujeres. En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres . Flora Tristán. Perú