

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Las diferentes miradas en torno a la salud sexual y
reproductiva y al aborto**

María Noel Alvariza Billar

Tutor: Elizabeth Ortega

2010

A Manuel.

Agradecimientos

- A mi hermano Leonardo por ayudarme incondicionalmente a cumplir el sueño de estudiar Trabajo Social. Sin él debería de haber abandonado la carrera al año de haberla comenzado.
- A mi hijo, gracias Manuel por ser el motivo principal para culminar este trabajo.
- A mi esposo. Gracias Christian por tu apoyo, comprensión y amor, que me permite pensar que lo que quiera lo puedo lograr.
- A mi madre y mi abuela, Ethel e Irma, por su amor, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias a ellas por escucharme siempre y guiarme por escoger siempre el camino del aprendizaje, el de la educación. Por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí.
- Al resto de mi familia, ya que todos, de una forma u otra, acompañaron este proceso. A pesar de la distancia de algunos, el ánimo, el apoyo y la alegría que me brindan me dan la fortaleza para seguir adelante
- A mis amigos porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas y la tristeza se transforma en alegría. Principalmente agradecer a mi amiga Magela por sus buenos consejos, su constante cariño, apoyo y amistad, ya que tanto en las buenas y en las malas nos supimos acompañar.
- A Angélica por brindarme todo su apoyo y saber guiar mis ideas, lo que ha sido un aporte invaluable, no sólo en la elaboración de este trabajo, sino también en mi formación profesional.
- A Elizabeth, mi tutora, por su orientación, colaboración, paciencia y dedicación para la realización de esta monografía. Por sus comentarios, sugerencias y opiniones, las cuales enriquecieron este trabajo.

- A todas aquellas personas que no han sido nombradas, pero que de alguna forma u otra, a pesar de tener que dejar mi ciudad y mi familia para poder estudiar, me brindaron su colaboración y cariño e hicieron que nunca me sintiera sola.

INDICE

Introducción.....	6
Capítulo I	
1. Evolución de los conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus derechos.....	9
1.1 La construcción de conceptos de salud sexual y reproductiva a nivel de los organismos nternacionales.....	9
1.2 Dispositivos que se crean a nivel nacional para dar respuestas a los problemas de salud sexual y reproductiva.....	15
1.3 Derechos sexuales y reproductivos y aborto.....	18
Capítulo II	
2. Enfoque de los agentes dentro del campo de la salud sexual y reproductiva y el aborto.....	21
2.1 El campo de la salud sexual y reproductiva y sus agentes.....	21
Capítulo III	
3. Vaivenes en cuanto a la legislación del aborto.....	43
3.1 Algunos antecedentes de la legislación en Uruguay y cuestionamientos sobre el alcance de la ley vigente.....	43
3.2 Proyectos de ley abordados a nivel parlamentario. Período 1985 2006.....	48
Reflexiones Finales.....	56
Bibliografía.....	58
Anexos.....	62

INTRODUCCIÓN

Los médicos no sólo hablan de su especialidad, hablan permanentemente de la vida, la sociedad y los valores, diciéndonos así cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir.
(Fernández, en Mitjavila, 1992:47)

Este trabajo constituye la monografía final de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El propósito de esta monografía es analizar la trayectoria socio-histórica de los conceptos construidos socialmente que alimentaron la discusión acerca de la salud sexual y reproductiva y en particular el aborto en Uruguay. En ese sentido se propone estudiar la conformación de la trayectoria de las discusiones sociales sobre esos conceptos y la identificación de diferentes agentes que en cada momento histórico tuvieron una particular participación en la colocación de estos temas en la agenda pública.

Se realiza una tarea teórico-descriptiva de los seis proyectos de ley presentados en el Parlamento en el período comprendido entre 1985 y 2006, los cuales tienen por cometido despenalizar el aborto. Sin embargo los tres últimos no reducen el enfoque sólo al aborto, puesto que amplían sus propuestas a todo el campo de la salud sexual y reproductiva. Estos proyectos de ley serán abordados ya que constituyen uno de los principales elementos en lo que ha sido la discusión acerca de lo relacionado a la salud sexual y reproductiva en general, y al aborto en particular.

La ley vigente es la N° 9763 promulgada en 1938 que penaliza con prisión el aborto, tanto a la mujer que lo realiza como al profesional interviniente. A lo largo de la primera mitad del siglo XX existieron en Uruguay luchas y conquistas en materia de derechos civiles, laborales, entre otros. En la segunda mitad del siglo XX el país comienza a tener un deterioro económico y social, lo que conduce a la sociedad a comenzar con movilizaciones sociales. Entre 1973 y 1985 el activismo por los derechos se vio interrumpido a causa de la dictadura militar. Es entre 1985 y 2006 que, con la restauración de la democracia, si bien rige la misma ley N° 9763, se crearon seis proyectos de ley consecutivos para legislar lo relativo a lo que hoy se denomina “derechos en salud sexual y reproductiva”.

Las fuentes documentales consideradas son los informes de la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (El Cairo, 1994), de la *IV Conferencia*

Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), los mismos proyectos de ley y un conjunto de prensa escrita perteneciente a la sección "Diarios" del Anexo al Palacio Legislativo. Por parte de Uruguay: periódico *La Diaria*, diarios *El Día*, *La República*, *La Mañana*, *El Observador*, *Últimas Noticias*, *El País*, *La Juventud*, *El Diario*, *La Prensa*, *Este Diario*; los semanarios *Búsqueda*, *Brecha*, *Patria*, *Alternativa Socialista*, *Cien*, *Carta Popular*, *Alternativa*; la revista *Opinión*; los suplementos *La República de las Mujeres* y *Bitácora*; la publicación quincenal *Dosmil30*. Del extranjero se incluyen los diarios argentinos *Clarín*, *Crónicas*, *La Nación*, *Ámbito Financiero*, una publicación de *El Editorial* y el diario brasileño *Zero Hora*.

En el estudio de la documentación relevada se observa la incidencia de agentes que han contribuido históricamente a que los temas de salud sexual y reproductiva constituyan asunto de discusión parlamentaria: Movimientos Sociales, la Iglesia Católica, legisladores y sectores médicos asociados al Sindicato Médico del Uruguay. Si bien se considera importante el estudio de los tres agentes, excedería los requerimientos de una tesis de grado ahondar en todos ellos, es por lo que se ha decidido enfocar sólo el rol de los sectores médicos en la creación de los proyectos de ley.

El interés por estudiar el tema surge a partir del dato que señala que en Uruguay el aborto hasta el año 2003 era la principal causa de muerte materna¹. Se estimaban –según datos estadísticos- 33.000 abortos inducidos por año, lo que significaba que por día se realizaran aproximadamente 90 en todo el país (Sanseviero, 2000:34). Según el Sindicato Médico del Uruguay², en una población de un poco más de tres millones de habitantes, al 2004 hubo una mortalidad materna de 23 cada cien mil nacidos vivos, lo que significa un promedio de 13 muertes al año. Frente a esta situación y con la ley vigente, es razonable pensar que mientras existan embarazos no deseados habrá abortos provocados, se utilicen métodos anticonceptivos o no, y que cada profesional médico habrá de guiarse por sus propias convicciones. Cabe destacar que en los últimos años comenzó a utilizarse un medicamento que es usado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas llamado *Misoprostol*, pero que a su vez provoca abortos. Esta investigación centra su estudio en el momento anterior a la extensión del uso de dicho mecanismo en la provocación del aborto.

¹ Comisión nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto. Informe 2009.

² <http://www.smu.org.uy/sindicales/resoluciones/ce/ce-040428.htm>. El Comité Ejecutivo, 27 de abril de 2004.

La perspectiva teórica se apoya en los aportes de Bourdieu (1991, 1995, 1997 y 2005) con la noción de *campo* y de *agentes*. Se tomará la postura de este autor en cuanto considera que un *campo* es un espacio de juego, donde existen reglas que son respetadas por los jugadores. En el presente estudio el campo de juego es la salud sexual y reproductiva, identificando como agentes a la Iglesia Católica, los Movimientos Sociales, los legisladores y sectores médicos afiliados al Sindicato Médico del Uruguay.

Se trabajan también las nociones de *cuerpo* y de *medicalización* propuestas por Foucault (1977, 1987 y 1992), en razón de que el saber médico controla y modifica al cuerpo, esto es, tiene el poder de organizar los procesos de la vida humana. Sobre la *medicalización de la sociedad* se toman también conceptos de Mitjavila (1992 y 1998) y Portillo (1993).

En el capítulo I se abordarán los conceptos de salud sexual y reproductiva, y lo que constituye los derechos en este aspecto. Es así que se remitirá a la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 y a la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (CMSM) en 1995 en Beijing, ya que es en éstas que se comienza a trabajar estos conceptos. Además se estudiará cuáles han sido las acciones que se han llevado a cabo desde Uruguay en relación al tema para cumplir con los acuerdos firmados en ambas conferencias.

En el Capítulo II se abordarán dos conceptos propuestos por Bourdieu, campo y agentes, identificando como campo la salud sexual y reproductiva, y se analizarán tres agentes que, según el estudio de los medios de prensa escrita, forman parte del mismo, a saber Iglesia Católica, Movimientos Sociales y Cuerpo Médico.

En el Capítulo III se estudiará la legislación actual, la descriminalización del aborto con el Código Penal de 1934 y los intentos infructuosos de despenalizar el aborto a través de la elevación de seis proyectos de ley al Parlamento desde 1985, momento de restauración democrática en Uruguay. Paralelamente se irá analizando el cuarto agente identificado, los legisladores

Se culminará el trabajo destacando algunas reflexiones finales.

CAPÍTULO I.

1. Evolución de los conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus derechos

En este capítulo se abordarán aquellas cuestiones que se relacionan con los conceptos de salud sexual y reproductiva. A nivel internacional se abordará la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)* realizada en El Cairo en 1994 y la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMSM)* en 1995 en Beijing, en el sentido que es en éstas que se comienza a definir la salud sexual y reproductiva, y los derechos inherentes a la misma. Estos serán abordados también en este capítulo.

A nivel nacional se estudiarán las acciones que llevó a cabo Uruguay para cumplir con los acuerdos firmados en ambas conferencias.

1.1 La Construcción de conceptos de salud sexual y reproductiva a nivel de los organismos internacionales

Desde mediados de los años 70 del siglo XX, grupos feministas discutían en toda Latinoamérica temas concernientes a la sexualidad y a la reproducción, y se movilizaban para que estos temas se introdujeran en el debate público. Ejemplo de ello: en 1984 se empezó a forjar la expresión “derechos reproductivos”, sobre la cual se ha venido discutiendo hasta que en 1994, en la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)* en El Cairo y en 1995 en Beijing en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMSM)* quedó el término “derechos reproductivos” configurado en tanto categoría conceptual. En esta categoría se incluye:

“[el] derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, [...] a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos, [...] derecho del hombre y la mujer a obtener información de los métodos de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, [...] a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los

embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”³

También se amplía la noción de responsabilidad reproductiva en el ejercicio de los derechos reproductivos, ya que las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos y sus obligaciones con la comunidad.

“La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.”⁴

En 1988 se creó la noción de “salud reproductiva” en la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero enseguida, debido a la pandemia del VIH/Sida y con la preocupación por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual en general, se fue agregando la noción de “salud sexual”. Desde las dos Conferencias se emitieron documentos en los que los conceptos de “salud sexual” y “salud reproductiva” quedaban incluidos como complementarios. En el Programa de acción que aprobó la CIPD se puede leer:

La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de dolencia o enfermedad, en todos los aspectos concernientes al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica, por consiguiente, que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria y tenga la capacidad de reproducir y la libertad de decidir sobre cuándo y cuántas veces debe hacerlo. En esta última concepción está implícito el derecho de hombres y mujeres de ser informados y de tener acceso a métodos eficientes, seguros, permitidos y aceptables de planificación familiar de su elección, que no sean contrarios a la ley, y el derecho de acceso a servicios apropiados de salud que den a la mujer condiciones de atravesar, con seguridad, la gestación y el parto y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener un hijo sano. En conformidad con la mencionada definición de salud reproductiva, la asistencia a la salud reproductiva es definida como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo previniendo y resolviendo problemas de salud reproductiva, eso incluye también la salud sexual, cuya finalidad es la

³ <http://www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf>

⁴ Ibidem.

intensificación de las relaciones vitales y personales y no simplemente consejería y asistencia relativas a la reproducción y a las enfermedades sexualmente transmisibles.⁵

A partir de conocer qué incluye el concepto de salud sexual y la salud reproductiva se podrá comprender de forma más adecuada lo que incluye esta temática, y la incidencia que tuvieron las conferencias realizadas a nivel internacional para avanzar en este tema en nuestro país. Tanto la CIPD como la CMSM marcan un momento importante en el avance de la salud sexual y reproductiva. De estas conferencias se han logrado acuerdos a nivel internacional sobre los derechos civiles, sociales y económicos de las personas, articulándose en tratados y otros instrumentos internacionales, y plasmados en documentos, entre ellos que tratan de la salud reproductiva de las personas⁶. Las naciones que ratificaron estos acuerdos se comprometieron a mantener los derechos considerados, mediante el ajuste de leyes y políticas. En el caso de Uruguay, se comprometió a continuar con el Plan de Acción acordado en El Cairo, estableciendo políticas de equidad de género, educación e involucrando a los hombres y a adolescentes en las políticas de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al aborto sin riesgos se puede leer en *Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiriéndose al Programa de Acción Adoptado en la CIPD:

“Los gobiernos deben tomar medidas para facilitar que las parejas e individuos se hagan responsables de su propia salud reproductiva mediante la remoción de barreras innecesarias de índole legal, médica, clínica y reglamentaria, y para que accedan a servicios y métodos de planificación familiar.” *Párrafo 7.20*

Allí se agrega también:

“En ningún caso se debe promocionar el aborto como un método de planificación familiar. Se insta a todos los gobiernos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales relevantes a fortalecer su compromiso con la salud de la mujer, a manejar el impacto que el aborto no seguro provoca en la salud como una preocupación

⁵ Citado por UNFPA. Equipo de apoyo técnico de América Latina y el Caribe, México, p. 8..

⁶ Programa de Acción aprobado por CIPD, Declaración sobre el documento final Conferencia El Cairo y presentación de las reservas de la Santa Sede, Documentos de Acciones Claves (EL Cairo), Programa de Acción de Beijing, Declaración de Beijing, Declaración y Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing.

mayor de la salud pública, y a reducir el recurso del aborto mediante el mejoramiento y expansión de los servicios de planificación familiar. Siempre se debe dar la mayor prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y todos los esfuerzos deben estar dirigidos a eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres con embarazos no deseados deben tener rápido acceso a información confiable y asesoramiento compasivo. Cualquier medida o cambio relacionado con el aborto dentro del sistema de salud sólo puede determinarse a nivel nacional o local en concordancia con el proceso legislativo nacional. En aquellas circunstancias en las que el aborto no está contra la ley, el mismo no debe presentar riesgos. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de las complicaciones secundarias al aborto. El asesoramiento, la educación y los servicios de planificación familiar post-aborto deben ofrecerse rápidamente, lo cual ayudará a prevenir nuevos abortos.” *Párrafo 8.25*

A pesar de estos acuerdos, Uruguay, si bien se comprometió a cumplirlos, aún no ha logrado romper con las barreras legales para que los individuos puedan hacerse cargo de su reproducción.

En 1995, en la CMSM, se destacó entre otros el derecho al control sobre el cuerpo por parte de la mujer, el derecho a decidir de forma libre y responsable sobre los aspectos relacionados con su sexualidad, el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres en lo respectivo a relaciones sexuales y reproductivas, así como también la responsabilidad compartida sobre la conducta sexual y sus consecuencias. Y en lo que confiere específicamente al aborto,

“Los gobiernos en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el apoyo de instituciones internacionales [deben]:

j. Reconocer y tratar el impacto del aborto no seguro en la salud como una preocupación mayor de la salud pública, según se acordó en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo;

k. A la luz del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo [...] considerar la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales.” *Párrafo 106*⁷

Uruguay fue uno de los países que participó en estas conferencias a través de representantes del gobierno y de organizaciones de mujeres, y como se expresó

⁷ *Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.

anteriormente también ratificó los documentos allí elaborados. Cabe destacar que tanto en CIPD o como en CMSM los mayores debates se dieron entre la postura de las organizaciones de mujeres que convienen en despenalizar el aborto, y la posición de la Iglesia Católica que la rechaza.

Ejemplos de esas discusiones pueden encontrarse por ejemplo en el suplemento *La República de las Mujeres* del 24 de abril de 1994, refiriéndose a la tercera reunión preparatoria sobre la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo en Nueva York se puede leer:

[...] hubo dos puntos fundamentales a definir: 1) la política de población en los próximos 10 años (mujeres, género, regulación de la fecundidad, salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, recursos para los países en desarrollo, migración, seguimiento y monitoreo de los acuerdos, y 2) bases de discusión en la próximas conferencias [...]

El documento preliminar sobre el que se trabajó [...] fue considerado por las ONGs incluidas las de mujeres, un documento progresista y que se encuentra inserto en la realidad de estos últimos años del siglo XX.

El Vaticano lo objetó, ejerciendo una presión diplomática muy grande sobre los diferentes gobiernos, especialmente los de los países del tercer mundo. El enfático cuestionamiento se centró en los derechos individuales y en la introducción de categorías como derechos reproductivos. En el caso del VIH-SIDA el ataque fue a la prevención en base a condones. La santa sede insiste en la abstinencia y la fidelidad a todo nivel.

Las posturas encontradas en cuanto a lo que es la opinión de la Iglesia Católica continuaban obstaculizando en la CIPD en la redacción del texto final. El diario *El País*, con fecha 9 de setiembre de 1994 informó acerca de esto:

En clima de creciente indignación por la postura rigidísima del Vaticano respecto al aborto, los negociadores asistentes a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población Y Desarrollo redactaron un texto transaccional sobre el controvertido problema del aborto "inseguro". Pero aunque se imponga el texto en tales condiciones, no se habrá puesto fin a la controversia [...]. Para demostrar las minuciosidad con que se ha leído, redactado y re-redactado el texto, un nuevo borrador del propuesto texto transaccional [...] cambia "aborto legal"-al que el Vaticano se opone-por "aborto que no contraría la ley".

Más aspectos fueron cuestionados por la Iglesia Católica. En ese sentido el diario *El Diario* expresó en una publicación del 12 de setiembre de 1994:

El Vaticano se opuso al párrafo del documento de la Conferencia sobre Población y Desarrollo (CPD) de la ONU que habla sobre la "paternidad responsable" y sobre la educación sexual de los adolescentes. La Conferencia culminó ayer domingo, sin aprobarse un documento definitivo en forma consensual aparejando diversas controversias cuyas repercusiones ya comienzan a percibirse en los países participantes.

El diario *La Juventud* con misma fecha acerca del documento final de la CIPD expresó:

Ayer se alcanzó con pequeñas modificaciones, la redacción final sobre el aborto en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

Unas pequeñas modificaciones han servido para dar por concluida ayer, jueves, la redacción final del texto sobre el aborto, una de las cuestiones más controvertidas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y que hoy será sometida a votación.

Las modificaciones del párrafo se reducen a un añadido (al hablar de "aborto inseguro" se cita la definición al respecto de la Organización Mundial de la Salud) y dos cambios de palabras: se sustituye el término "legal" por el de aborto "que no se practique en contra de la ley" y se cambia "en todos los casos" por "en las circunstancias" en que la mujer tuviese que abortar

Un medio de prensa internacional, diario *Clarín* el 13 de setiembre de 1994 expresó:

El tema del aborto fue el punto más controvertido de la Conferencia de El Cairo. El párrafo acordado finalmente es el siguiente: "**En ningún caso el aborto será promovido como un método de planificación familiar.** Se convoca a todos los gobiernos y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para que consoliden su compromiso con la salud de la mujer, para que aborden el problema del impacto en la salud del **aborto inseguro** como un grave problema de salud y para reducir el recurso al aborto a través de servicios de planificación familiar mejores y más amplios.

Debe otorgarse siempre la más alta prioridad a los embarazos no deseados y deben efectuarse toda clase de intentos para eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres que han quedado embarazadas sin desearlo deben tener acceso a calificada información y

asesoramiento compasivo. Todas las disposiciones o cambios vinculados al aborto dentro de los sistemas de salud solo pueden ser establecidos a nivel local o nacional de acuerdo a los distintos procedimientos legislativos. Cuando el aborto no es contrario a la ley, ese aborto debe ser realizado en condiciones de seguridad

A pesar de la postura opuesta de la Iglesia Católica en cuanto a algunos ítems, lo que obstaculizó y tardo varias cuestiones, se redactó y se aprobó el documento final en cada instancia, quedando comprometidos los gobiernos a promover, en lo que refiere a nuestro estudio, políticas sociales referidas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

1.2 Dispositivos que se crean a nivel nacional para dar respuestas a los problemas de salud sexual y reproductiva

En Uruguay se comenzó a hacer hincapié en los derechos sexuales y reproductivos a partir de 1996, comenzando a implementarse programas y servicios en salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, en la ponencia⁸ de la Licenciada Alejandra López Gómez⁹ titulada “Génesis y desarrollo de una nueva política de salud reproductiva. El caso de Uruguay” que se realizó en México, en noviembre de 2004, en el marco del curso “Adaptándose al Cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del Sector Salud.” Se identificaron los actores claves y las estrategias que fueron desarrolladas para avanzar en el reconocimiento de la salud y en la de los derechos sexuales y reproductivos. En ella podemos leer:

“Las evidencias sobre la inequidad social, la exclusión creciente y las desigualdades entre hombres y mujeres, cuestionaron el núcleo “duro” de un imaginario social que se sostenía sobre la creencia de un país con una sociedad igualitaria y homogénea; y “sin problemas de población”. Este es uno de los factores que permite analizar las razones por las que el Estado uruguayo, hace tan sólo menos de diez años, comienza a implementar programas en salud sexual y reproductiva, incluyentes de la anticoncepción, y formulados desde una perspectiva de género y derechos. Este cambio en la orientación de la política pública se explica por el impacto conceptual y político que la Conferencia Internacional de

⁸ <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/analisiscontexto.pdf>

⁹ Psicóloga y directora ejecutiva de la organización *Mujer y Salud en Uruguay*.

Población y Desarrollo (Cairo, 1994) generó a nivel de los organismos gubernamentales, y por el sostenido trabajo de incidencia política calificada desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas en el campo de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país.” (2004:4-5)

En la misma ponencia, agrega otro factor que explica por qué el Estado se ha demorado en implementar políticas y programas en el campo de la salud sexual y reproductiva:

“[...] el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el “binomio madre – hijo”, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su participación en los procesos reproductivos, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque.” (López Gómez, 2004:10)

En esta misma ponencia la expositora destacó los programas que han sido implementados desde 1996, año en que el Estado comenzó a trabajar en este tema. Algunos de ellos son: *Programa de Atención Integral a la Mujer*, *Programa Maternidad y Paternidad Elegida* y *Programa de Salud Integral de la Mujer*. El primero se dirigía principalmente a mujeres de sectores populares y excluidos. Se entregaban métodos anticonceptivos a precio de costo y se brindaba atención ginecológica a mujeres, tanto en policlínicas municipales como en policlínicas por convenio en coordinación con la División Salud. Su objetivo general era:

“Contribuir al desarrollo de la salud integral de mujeres y varones a través de la promoción de prácticas saludables y placenteras, independientes de los condicionamientos de género y basadas en la diversidad de necesidades e intereses.”¹⁰

Dicho programa contaba con tres subprogramas: *Maternidad Informada y Voluntaria*, *Control del Embarazo y Puerperio* y *Detección Oportuna del Cáncer Génito Mamario*. El primero tenía como objetivo promover el desarrollo de actitudes responsables y conscientes en torno a su sexualidad y capacidad de procreación basadas en sus derechos sexuales y reproductivos en las mujeres montevideanas de sectores populares, usuarias de policlínicas municipales. El segundo intentaba promover un

¹⁰ Tomado de página web de la Intendencia Municipal de Montevideo, área servicios/salud/mujer.

modelo de atención que tuviera en cuenta las necesidades de las mujeres de forma integral, las características de su entorno familiar y social, e impulsara la participación activa y responsable de las mujeres y de las redes sociales de apoyo. El tercero enfocaba a disminuir la incidencia del cáncer genito mamario, a través de la prevención y detección precoz de las enfermedades de transmisión sexual.¹¹

Se considera de importancia ahondar en estos aspectos ya que muestran cómo, a partir del acuerdo que firmó Uruguay en la CIPD, se comenzó a implementar políticas sociales y programas relativos a la Planificación Familiar y a las condiciones requeridas para la reproducción.

En cuanto al Programa *Maternidad y Paternidad Elegida* fue implementado de forma focalizada en determinados centros de salud. La población objetivo eran mujeres en edad fértil que estuvieran en situación de extrema pobreza, que vivieran en asentamientos en Montevideo y el interior del país. Se caracterizó por ser un proyecto de corte asistencial, que se centró en el fortalecimiento del área Materno-Infantil. Si bien, tanto el género como la promoción de los derechos sexuales y reproductivos fueron visualizados en el desarrollo del proyecto, éste se basó principalmente en la función de sensibilización de la población en el uso de anticonceptivos como forma de planificación familiar. Este programa no tuvo continuidad, el mismo no fue financiado por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

El *Programa de Salud Integral de la Mujer* se inició en el 2001 y, de acuerdo a López Gómez (2004), representó una transformación importante en las políticas de salud reproductiva del país.

“[La creación del *Programa de Salud Integral de la Mujer*] señala una tendencia al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la ampliación de la cobertura de los servicios del MSP y el inicio de un camino en el cambio del modelo de atención. [...] se refleja [...] actitud diferente del Estado respecto a las políticas en salud reproductiva, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones; y [...] en la tendencia a la descentralización.” (López Gómez, 2004:14)

¹¹ <http://www.chasque.net/frontpage/comision/03docu016b.htm>

1.3 Derechos sexuales y reproductivos y aborto

Los derechos sexuales y reproductivos como también el aborto han generado un debate social y político que se ha venido expandiendo y desarrollando en el correr de los años. Cabe destacar que en la década de los sesenta, a través de movimientos de mujeres a nivel internacional, se comienza a construir el concepto de los derechos sexuales y reproductivos. Ya en la década de los ochenta aparece el término de “derecho reproductivo”, proclamado por la feminista norteamericana Marge Beber, Co-presidenta de *International Consortium for Medical Abortion* en Londres en 2006. Desde ese momento, la década de los ochenta, se ha dado un proceso creciente de legitimación, acompañado de tensiones a nivel nacional e internacional. El hecho de vivir la sexualidad de forma libre y responsable, decidir la orientación sexual, preferencias y el modo de protegerse, ejercer la sexualidad sin sufrir discriminación, coacción o violencia, la igualdad, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las prácticas sexuales, respeto en el consentimiento para cualquier práctica sexual son derechos sexuales sobre los cuales el Estado se comprometió a implementar programas y políticas. También derecho a asistencia legal ante abuso sexual, violación o acoso sexual, a prevención, diagnóstico y tratamiento ante posibles infecciones de transmisión sexual, a acceder a educación e información para decidir y disfrutar de manera plena la sexualidad son derechos sexuales.

En cuanto a los derechos reproductivos se pueden nombrar: derecho a decidir libre y responsablemente sobre tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con quién, a obtener información y consejería para ejercer la maternidad y paternidad de forma responsable, poder obtener información clara y oportuna sobre las distintas opciones en anticoncepción, tener garantizado el acceso a los diversos métodos para elegir libremente, optando por el de su preferencia, derecho a una atención privada, confidencial, segura y digna sobre la salud sexual y reproductiva, recibir atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, derecho a servicios seguros de aborto brindados con calidad y respeto, derecho a los métodos más confiables de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades del sistema reproductivo, derecho al acceso y uso de nuevas tecnologías reproductivas para la prevención y tratamiento de la infertilidad, que incluya información científica objetiva sobre sus beneficios y riesgos;

tener una educación e información para decidir y disfrutar de manera plena la vida reproductiva.¹²

A pesar que, desde la Conferencia Internacional de El Cairo, en Uruguay se ha comenzado a hacer hincapié en los derechos sexuales y reproductivos, aún queda pendiente, entre otros, el derecho a decidir sobre el deseo de tener o no hijos y cuándo tenerlos. Y esto se relaciona, entre otros, a la falta de una legislación en cuanto a aborto acorde a la realidad que vive nuestro país, ya que el método para terminar con un embarazo no deseado es la realización de un aborto inducido.

En ese sentido el concepto *aborto* viene del latín *ab* y *ortus* lo cual significa privar nacimiento.

La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo desde el momento de la implantación del huevo fecundado en el endometrio y antes de que un feto haya alcanzado viabilidad, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente, lo cual sucede entre las 20 y 22 semanas de gestación. Luego de pasado ese tiempo se producen muertes fetales o partos prematuros, pero no abortos.

Se encuentran diferencias entre aborto espontáneo y aborto inducido. El primero es cuando se produce la expulsión naturalmente, sin que exista una intervención. El inducido es cuando se provoca de forma intencional y puede ser llevado a cabo por diversos métodos.¹³

En la Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud de la OMS¹⁴ se proporcionan cifras alarmantes sobre el número de abortos que se suceden anualmente a nivel mundial, de 210 millones de embarazos por año, alrededor del 22% finalizan en abortos inducidos. Y se destaca como un factor incidente en este porcentaje de abortos inducidos sobre embarazos la existencia de millones de hombres y mujeres que no tienen acceso a métodos anticonceptivos, o que no tienen información para usarlos de forma efectiva.

Dentro de los abortos inducidos existen dos modalidades: la segura y la insegura. El aborto seguro es cuando no existe riesgo de salud para las mujeres, es practicado durante el primer trimestre de embarazo y con técnicas seguras, como por ejemplo intervenciones quirúrgicas o medicamentos. A estas técnicas se le suma que el personal

¹² Tomado de Cuaderno de Divulgación sobre derechos sexuales y reproductivos. Época I, número 5. Montevideo. 24 de Setiembre de 2007.

¹³ http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap2_1.htm

¹⁴ Ginebra, 2003.

que lo realiza está entrenado y se lleva a cabo en servicios de salud adecuados. Algunos cuidados que se deben tener antes de la realización de un aborto según la OMS es verificar la real existencia de embarazo y determinar el tiempo de gestación, ya que de acuerdo al mismo se escogerá el método de aborto más apropiado. A esto se le suma las mediciones de niveles de hemoglobina y hematocrito en casos de anemia. También es necesario realizar análisis de grupo sanguíneo y factor RH, administrar antibióticos al momento del aborto, con el fin de evitar infecciones post aborto, y suministrar medicación para el dolor. Además se le debe brindar a la mujer la información completa sobre el procedimiento que se le va a realizar y el tiempo estimado, posibles consecuencias como dolores, cólicos, sangrado, y también riesgos y complicaciones, opciones al aborto, anticoncepción a usar luego de este procedimiento

Existe aborto inseguro cuando se pone en riesgo la salud o la vida de la mujer, ya sea porque lo realizan personas que carecen de experiencia y conocimientos técnicos necesarios, o también porque se realiza en un lugar que no es el adecuado ni a través de procedimientos correctos¹⁵. Según datos proporcionados por la OMS se estima que alrededor de 20 millones de abortos inducidos anualmente son inseguros, y que aproximadamente el 13% de las muertes relacionadas con el embarazo han sido consecuencia de complicaciones de abortos inseguros¹⁶. Estas situaciones de inseguridad pueden conducir a la mutilación de mujeres, a grandes hemorragias asociadas en algunas ocasiones a la perforación del útero; causar infecciones en el tracto reproductivo lo que puede conducir a la esterilidad, así como a la propia muerte.

En este capítulo se abordó lo referente a la salud sexual y reproductiva y sus derechos, tanto desde la postura de los organismos internacionales como desde el gobierno nacional.

En el siguiente capítulo se presentarán las nociones de campo y agentes propuestas por Bourdieu, identificando en el campo de la salud sexual y reproductiva los agentes integrantes del mismo y realizando un análisis de estos.

¹⁵ Algunas veces estos procedimientos son por medio del uso de objetos punzantes como agujas de tejer, alambres, el consumo de hiervas, el uso de tóxicos o venenos de uso veterinario.

¹⁶ *Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003, pág. 12.

CAPÍTULO II.

2. Enfoque de los agentes dentro del campo de la salud sexual y reproductiva y el aborto.

En este capítulo se trabajarán dos conceptos propuestos por Bourdieu, campo y agentes. Se identificará como campo la salud sexual y reproductiva, y se analizarán tres agentes que, según el estudio de los medios de prensa escrita, forman parte del mismo, a saber Iglesia Católica, Movimientos Sociales y Cuerpo Médico.

Si bien se identifica otro agente, los legisladores, éste no será abordado en este capítulo, ya que está vinculado a la presentación de los proyectos de ley al parlamento, y es en el siguiente capítulo que se estudiarán.

2.1 El campo de la salud sexual y reproductiva y sus agentes

Los proyectos de ley presentados en el Parlamento¹⁷ han tendido a ampliar los derechos sexuales y reproductivos a través de la intención de despenalizar la práctica del aborto en general. Esto ampliaría el derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos, el momento de tenerlos, y acceder a la información y medios para hacerlo. La salud sexual y reproductiva ha sido el campo de discusión en estos seis proyectos de ley que se analizarán, y es en base a ellos que se han manifestado los diferentes agentes sociales. Pensar en términos de campo, de acuerdo a Bourdieu (1995:64) significa pensar en términos de relaciones.

Un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes [...]

Bourdieu y Wacquant (1997) también usan la noción de “espacio social” para referirse a *campo*. Comparándolo con un espacio de juego, un campo es un espacio donde se dan conflictos y competencias, donde existen reglas y valores que le son propios.

¹⁷ Los años de presentación de los proyectos de ley fueron 1985, 1991, 1993, 1998, 2002 y 2006.

Es un *espacio de juego* que existe como tal sólo en la medida en que entren en él jugadores que crean en los premios que ofrecen y luchan activamente por ellos. (Bourdieu y Wacquant, 1997: 47)

En el campo de la salud sexual y reproductiva existen agentes sociales, jugadores que disputan continuamente por la jerarquía de ese espacio, los cuales han sido legitimados para entrar por tener determinadas características. En el caso del campo de la salud sexual y reproductiva, los agentes indentificados (Legisladores, Iglesia Católica, Movimientos Sociales y Cuerpo médico) pudieron ser visualizados a través del estudio de los medios de prensa, y tienen la característica común de que en cada proyecto de ley que es presentado marcan su presencia a través de la lucha y difusión de sus intereses.

Los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según la posición que ocupen en la estructura del campo, favoreciendo así la mantención o el cambio de su estructura, movilizados por y para la defensa de sus intereses. Así, el campo es un espacio de juego y competencia donde los agentes sociales se enfrentan entre sí utilizando diversas estrategias para el logro de intereses (premios, ganancias, beneficios o sanciones). La sociología postula que los agentes sociales no llevan a cabo actos gratuitos (Bourdieu: 1997), que todas las acciones que aparentan ser desinteresadas esconden la intención de aumentar alguna forma de beneficio, que siempre hay un interés, que es lo que le brinda sentido a pertenecer al campo, o en el sentido del campo de juego, es lo que le da sentido al juego, el producto de la competencia entre los jugadores. Da la idea de que lo que se juega en el campo es suficientemente importante como para que se tengan ganas de “hacer la revolución en él” (Bourdieu: 1997). Es por esto que los jugadores *invierten (illusio)* (Bourdieu: 1997) en el juego, son aceptados en el mismo, se oponen unos a otros, algunas veces con brutalidad, en la medida en que creen en el juego y en lo que se juega, y esto es lo que conduce a que le atribuyan un reconocimiento fuera de todo cuestionamiento.

Tener el sentido del juego es tener el juego metido en la piel; es dominar en estado práctico el futuro del juego; es tener el sentido de la historia del juego. [...] el buen jugador es el que *anticipa*, el que se adelanta al juego. (Bourdieu, 1997:146)

Estos agentes que existen dentro del espacio social son diferentes, y persisten en el mismo gracias a esta misma característica. Construyen realidad social, individualmente y colectivamente, luchan, según lo expresan Bourdieu y Wacquant (1995) por apropiarse de los productos específicos en disputa dentro del juego, en el caso de la salud sexual y reproductiva cuál es el mejor camino en cuanto a lo que refiere a la posible despenalización del aborto.

Si bien se expresó que los agentes son diferentes entre sí, Bourdieu considera que entre ellos “existe un acuerdo oculto y tácito sobre el hecho de que vale la pena luchar por cosas que están en juego en el campo” (1997: 143). Así, encontramos agentes luchando con estrategias, apuestas, competencias, uso de cartas maestras por lograr obtener el beneficio del campo del cual forman parte.

Cada uno de los agentes del campo de la salud sexual y reproductiva ha mostrado interés en lo que, a su entender, es lo correcto. En relación al aborto, la Iglesia Católica ha intentado imponer valores morales, argumentando el valor de la vida desde el momento de la concepción. Distintos Movimientos Sociales, tanto feministas como no feministas han difundido sus principales ideas en cuanto a la posibilidad de despenalizar el aborto, las feministas dan primacía a los derechos de autonomía que tiene la mujer, el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, mientras que las no feministas enfatizan en el derecho a la vida desde el momento de la gestación para oponerse. La Medicina, a través del Sindicato Médico del Uruguay se ha manifestado haciendo énfasis en la salud de la mujer, para poder reducir el número de muertes maternas. Los legisladores uruguayos se han pronunciado en representación de la ciudadanía, a favor o en contra del aborto, algunos brindando su opinión a la hora de votar o discutir los proyectos, y otros a través de la proposición de proyectos de ley con la intención de legalizar la práctica del aborto.

En primer lugar se abordará la posición de la Iglesia Católica como uno de los agentes intervinientes en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva. La misma se ha expresado a través de los medios de prensa estudiados cada vez que el tema del aborto se discute públicamente. A pesar de que no será el agente escogido para este estudio, sí se nombrarán los aspectos centrales de forma general.

Según un documento escrito en el Instituto Teológico del Uruguay en conmemoración del primer centenario de la creación del obispado de Montevideo, la Iglesia Católica hace sus primeras apariciones en Uruguay durante la época hispánica (1516-1811) en la Banda Oriental gracias a la presencia de españoles y portugueses

cristianos. Si bien no existió una fuerte acción evangelizadora en ese momento sí se comenzaron a organizar las parroquias. Fue entre 1830 y 1878 que la Iglesia se vio fuertemente unida al Estado, debido a que el gobierno se había declarado católico, apostólico y romano.

En este documento¹⁸ se destaca la figura de Monseñor Vera¹⁹ como el organizador de la Iglesia Católica en Uruguay, y quien hizo nacer en la conciencia de los uruguayos la figura del “buen pastor”. A éste lo siguió el arzobispo Mariano Soler quien logró mayor estructuración y organización de la Iglesia Católica a través de la diversificación de sus servicios en todo el Uruguay, evangelizando de muchas maneras y a muchos niveles, formando sus ministros con solidez, relacionándose a nivel latinoamericano con otras iglesias y con el Papa y la Iglesia Universal. (Villegas, 1978:65)

Es entre 1878 y 1917 que comienzan a tener una mayor ingerencia en lo social corrientes de pensamiento asociadas al racionalismo, el positivismo, el liberalismo, la acción de la masonería, y se comienza a expandir un espíritu anticlerical en el país. Conjuntamente se comenzó a dar el proceso de secularización en Uruguay que, si se sigue a Geymonat (2004) se podría ubicar entre 1860 y 1920. El retiro de lo religioso del Estado puede observarse a partir del cambio de nombres de algunos centros poblados, la eliminación de los feriados y festividades religiosas, la implantación de un decreto que obligaba, por razones de higiene, a que los cadáveres fueran llevados al cementerio y no a la iglesia y a la supresión de la enseñanza religiosa en las escuelas. También se fundó el registro civil, dando carácter de obligatorio al matrimonio civil, previo al religioso, se promulga la ley de conventos²⁰ y se remueven los crucifijos de los hospitales. La separación total de la Iglesia y el Estado se plasma en el Art. 5 de la Constitución de 1917. Este proceso se dio durante gobiernos colorados y uno de sus mayores impulsores fue José Batlle y Ordóñez.

Luego de este proceso de secularización de la sociedad la Iglesia Católica entra en una etapa llamada de “gueto católico”. Fue como una especie de encerramiento, concentrándose en lo íntimo y privado del creyente desde donde realiza una especie de

¹⁸ Villegas, Juan; Coolighan Sanguinetti, María Luisa y Arteaga, Juan José. *La Iglesia en el Uruguay*. Cuadernos de Itu 4. Libro conmemorativo en el primer centenario de la erección del obispado de Montevideo. Primero en el Uruguay 1878-1978. Instituto Teológico del Uruguay, 1978.

¹⁹ Primer obispo del Uruguay.

²⁰ Por esta ley se declara sin existencia legal los conventos y casas religiosas, prohibiendo recibir novicias y nuevas profesas, se decreta visita de inspección insidiosas ofreciendo a los religiosos y religiosas que desearan recobrar su libertad la protección de la autoridad pública.

disciplinamiento de los fieles, o del “rebaño” –como lo nombra Geymonat (2004)-, brindándole pautas para una vida basada en los principios de la propia Iglesia, explicitándole a qué lugares se debe concurrir y a cuáles no, cómo se debe vestir, etc., y asociando lo laico a lo malo.

En este mismo sentido, la Iglesia Católica hace sentir sus principios y valores sobre los temas sociales a la población a través del discurso de monseñores, obispos, sacerdotes, entre otros. Entre esos temas se ubica el aborto, sobre el cual este agente se ha pronunciado en reiteradas circunstancias.

En la actualidad la Iglesia Católica, como agente dentro del campo de la salud sexual y reproductiva, cuenta en mayor cantidad, con grupos en contra de la despenalización del aborto, pero también, en menor proporción, con algunos grupos que se manifiestan a favor. Por lo estudiado a través de los medios de prensa, se puede visualizar la injerencia de la Iglesia Católica en el sistema político del país, que se define laico, con estrategias como promover votar a quienes no están a favor del aborto e incitar a la excomunión de las mujeres que deciden realizarse un aborto.

En diario *La República* con fecha 29 de agosto de 1989 se expresa:

“La Iglesia Católica uruguaya en un documento firmado por el obispo de Mercedes, Andrés Rubio, amenazó con la excomunión a toda mujer que practique el aborto [...]”

En un artículo del diario *Últimas Noticias* con fecha 21 de junio de 1994, se informa de la existencia de un documento sobre la responsabilidad de los católicos en el plano político firmado por todos los integrantes de la Conferencia Episcopal Uruguaya

[...] Ciertamente es riesgoso querer descender a detalles, señalar partidos o sectores, mientras no se tengan a la vista las respectivas bases programáticas de cada una de las propuestas electorales.

Sin embargo, existe ya un elemento fundamental para orientar el sufragio de los católicos que quieran votar de acuerdo a la conciencia a que debería obedecer un creyente auténtico.

Es el tema del aborto. [...] El tema del “Aborto sí” o “Aborto no” es esencial y definitorio en una posición doctrinal. Por lo tanto, debe serlo en la decisión electoral del creyente.”

036171



En segundo lugar se estudiará la posición de los Movimientos Sociales ya que son otro de los agentes identificados dentro del campo de la Salud Sexual y Reproductiva. Los mismos han tenido un peso importante, tanto en la lucha contra el aborto (grupos no feministas), como en el impulso de los proyectos de ley (grupos feministas). Este agente también se puede visualizar a través de los medios de prensa estudiados para el análisis del presente trabajo. Si bien se encuentra en estos medios los grupos a favor del aborto y grupos en contra, son los primeros, los movimientos feministas, quienes han impulsado la presentación de los proyectos de ley elevados al Parlamento.

Siguiendo a Aguirre (1998) se puede conceptualizar el feminismo desde una perspectiva sociológica,

“[...] como un tipo de movimiento social y político que pugna por superar las condiciones de inferioridad de las mujeres; y también como un conjunto de enfoques teóricos e ideológicos, vinculados a distintas tradiciones culturales, que analizan desde diferentes perspectivas las causas de desigualdades construidas socialmente-a partir de las diferencias fisiológicas entre mujeres y varones-abogando por su eliminación a través de variadas estrategias.” (Aguirre, 1998:178)

El crecimiento de los movimientos sociales feministas en el Cono Sur influyó en el nacimiento de los mismos en Uruguay y llegó bajo los modelos de Europa²¹ y América. Es así que el feminismo tuvo un primer empuje en nuestro país en el último cuarto del siglo XIX, cuando las mujeres comenzaron a publicar artículos, versos, novelas de sus pensamientos en diarios y revistas, abriéndose terreno al campo cultural. También, con el desarrollo de la industria, comenzaron a ocupar el campo laboral, ya que su mano de obra era barata, lo cual servía a los empleadores.

En el Cono Sur los primeros movimientos feministas fueron socialistas y liberales, según lo plantea Lavrin²², identificando los grupos liberales como aquellos que se enfocaban más a lo relacionado a los derechos de salud, remuneración por el trabajo, entre otros, y los socialistas centraban más su atención en los derechos relacionados al acceso de la mujer al mercado laboral y el valor social que se le debía dar al mismo,

²¹ En cuanto a la fecha del surgimiento del pensamiento feminista en Europa, según lo expresa Aguirre (1998), hay posiciones disímiles. Hay quienes sostienen que fue a comienzos del siglo XV, otros que fue en el XVII, y otros a finales del siglo XVIII.

²² Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890- 1940*. Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Chile, 2005.

entre otras cosas. Ambos se desarrollaron al mismo tiempo, con distintos grados de intensidad.

La época que comprende los años 1890 y 1920 fue transformadora en aspectos económicos y sociales, lo que llevó a que el feminismo continuara. El lapso de 1890 a 1940 mostró receptividad en cuanto a los temas relacionados a la mujer, y a las relaciones entre hombres y mujeres dentro de la familia.

En esta época se hizo mucho énfasis desde los partidos políticos en cuanto a que la educación, la legislación, la salud, la justicia y la defensa nacional deberían estar en manos del Estado. Desde el feminismo se hizo hincapié en la necesidad de ahondar, desde el Estado, en temas relacionados a la familia, la escuela y lugar de trabajo, los tres campos donde la mujer tenía presencia.

En lo referente a Uruguay se pueden mencionar varios avances en materia de derechos enfocados a la mujer. En 1905 se sancionó la ley de trabajo (seguridad laboral, horas y días de trabajo de mujeres y niños), en 1907 se aprueba la ley de divorcio por mutuo consentimiento o por la sola voluntad de la mujer. En 1911 se crea la sección femenina de la Enseñanza Secundaria y Preparatoria, en 1912 se establece la licencia por maternidad para las maestras. En 1918 se aprueba la ley de protección a la mujer trabajadora, llamada "ley de la silla"²³, en 1920 el descanso semanal obligatorio, en 1932 se aprueba el derecho de las mujeres a votar y ser votadas, y en 1946 se declara igualdad de capacidades civiles entre hombres y mujeres.

Cabe destacar que todos estos progresos en relación a la situación de la mujer se fueron sucediendo durante gobiernos colorados, siendo en este caso también, igual que en el proceso de secularización, José Batlle y Ordoñez uno de sus principales impulsores.

Recién en 1981, cerca de finalizar la dictadura militar en Uruguay, el gobierno ratificó la llamada "*Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*", la cual fue aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979.

Aguirre (1998) considera que es a partir de la década del 70 cuando las mujeres de Latinoamérica aumentaron su presencia en la esfera pública, participando en organizaciones de defensa de los derechos humanos, en organizaciones barriales, en las

²³ Esta ley dice que en todos los establecimientos donde trabajen mujeres debe de haber un número suficiente de sillas para que sus trabajadoras puedan tomar asiento.

movilizaciones sindicales, en los partidos políticos, en los grupos de mujeres, en los centros de estudios y de acción social, entre otros.

En cuanto a lo relacionado estrictamente con el nacimiento y auge del feminismo, según Lavrin²⁴, se puede identificar el año 1980 con el surgimiento de una nueva forma de feminismo en América Latina, llamada “la segunda ola del feminismo”, donde se encuentran poblaciones indo-afro-latina. Este grupo se enfocaba a los derechos reproductivos, al aborto, al divorcio, a la violencia doméstica, entre otros.

En la actualidad, en Uruguay, los grupos feministas están más enfocados a lo relacionado a los derechos Sexuales y Reproductivos, y a la igualdad entre hombres y mujeres.

En cuanto a lo que refiere específicamente al aborto, a la despenalización o no del mismo a través de los proyectos de ley presentados, se puede visualizar, como ya se mencionó, movimientos sociales a favor y otros que están en contra. Algunos de estos últimos, como *Pro Vida*, *Vida Siempre* o *Madrinas por la Vida* se basan en la idea de que la vida humana comienza en el momento de la concepción, y que privar de la vida voluntariamente a cualquier ser humano, por cualquier medio, constituye un homicidio y un “gran mal social y moral”. Tampoco consideran justificativos los casos de violación e incesto para permitir la interrupción del embarazo. E incluso apuestan a que, en caso de que la vida de la madre se encuentre en peligro, el médico debe tratar de salvar a ambos.

Organizaciones a favor de la despenalización son: *Cotidiano Mujer*, *Comisión Nacional de Seguimiento*, *CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer)*, la *Fundación Instituto de la Mujer*, *Mujer y Salud* en Uruguay (MYSU), *Mujer Ahora*, *Católicas por el Derecho a Decidir*, *PIT-CNT*, entre otras. Estas últimas tienen por finalidad trabajar con la mujer en sus diversos aspectos, promoviendo y defendiendo la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género²⁵.

²⁴ Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890- 1940*. Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Chile, 2005.

²⁵ Este concepto no es estático, ha ido variando en el correr de la historia. Aguirre (1998) plantea que es usado para referir a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Además, a través de este término, es posible realizar un análisis de las limitaciones y oportunidades diferentes entre hombres y mujeres en diversos espacios tales como la familia, lugar de trabajo, comunidad, país, entre otros. Reconoce que las diferencias entre hombres y mujeres son tanto biológicas como sociales, y lo que se entiende como hombre y mujer es una construcción social y cultural.

Del análisis de los artículos de prensa que constituyen parte de las bases empíricas del presente estudio se pueden extraer diferentes posturas de los movimientos sociales en relación a la despenalización del aborto, que permiten observar diferentes alineamientos según sus posiciones en el campo.

Se comenzará exponiendo la postura de Ivone Guevara, monja, feminista y teóloga brasilera, quien expresó en el diario *La República* el 16 de enero de 1994.

Hoy día estoy a favor de la descriminalización y de la legalización del aborto como una forma de disminución de la violencia contra la vida.

La [...] legalización del aborto [podría ser considerada] como un comportamiento en la línea de continuidad de la violencia institucional, una especie de respuesta violenta a una situación violenta.

En esta perspectiva, para mí como cristiana, defender la descriminalización y reglamentación del aborto, no significa negar las enseñanzas tradicionales del Evangelio de Jesús y de la Iglesia, sino acogerlos frente a la paradoja de nuestra historia humana como una forma actual de disminución de la violencia contra la vida.

No siempre los principios cristianos u otros, resisten frente a los imperativos de la vida concreta, imperativos que nos hacen más maleables, más misericordiosos (as), más comprensivos (as) y convencidos (as) de que la ley es para nosotros los humanos y no nosotros los humanos para la ley; que la ley debe ayudar nuestra debilidad, especialmente cuando nuestra libertad es aplastada por estructuras injustas que mal permiten la realización de actos libres y plenamente humanos.

También se tomarán fragmentos del discurso del sacerdote fallecido ya Luis Pérez Aguirre, brindados a Seminario *Brecha* el 2 de marzo de 2001 en un artículo llamado "La penalización es injusta, inútil e inmoral".

[...] Detrás del problema del aborto, de su penalización o no, se juegan otras realidades humanas muy graves: la dignidad de la mujer, la injusticia social, el machismo, la ignorancia respecto de la sexualidad, diferentes actitudes culturales y morales respecto de la vida, del uso de anticonceptivos, de la moral, el papel de las autoridades civiles y eclesiásticas, etcétera. Esto complica y generalmente desvía el debate llevándolo a callejones sin salida.

Provida Esperanza Uruguay es una organización social que reivindica el derecho a procrear, pero con protección de la familia. Provida organizó un foro sobre el tema del aborto según expresó el diario *La Republica* el 5 de abril de 2001 donde se puede leer:

La necesidad de defender la vida desde la concepción, pero planificando y protegiendo a la familia en forma responsable, fueron dos de los conceptos vertebrales del foro [...] en el que participaron distintas personalidades políticas. Quedó planeando en el ambiente la convicción de que la sociedad uruguaya asigna la responsabilidad de procrear a los sectores más pobres y desprotegidos de la población.

[Luego de que varias personalidades políticas en su mayoría expusieron sus opiniones en contra de la despenalización del aborto] Daniel Sanabria, presidente de Provida Esperanza Uruguay, expresó que el síndrome posaborto en el Uruguay no es tratado. “Hay muchas mujeres y hombres que sufren el síndrome posaborto, que lo ocultan y que necesitan un acompañamiento”. Propuso crear centros de información integral a la mujer, para que tenga conocimiento acerca de lo que es el aborto y sus consecuencias.

Entre las posiciones de cristianos se puede encontrar la de la Comisión de Representatividad Evangélica del Uruguay (Creu). El diario *Ultimas Noticias* del 22 de julio de 2002 informó en un artículo denominado “Evangélicos contra la ley de despenalización del aborto”:

Una delegación de Creu dejó un escrito al grupo parlamentario en el que se deja de manifiesto su preocupación ante la iniciativa. “La despenalización del aborto puede abrir las puertas a otras consecuencias negativas para nuestra nación”.

Reivindican los cristianos que su punto de vista se basa en la Biblia, aceptando que “no tenemos en la Biblia un mandamiento que diga: No abortarás”, pero señalando que la capacidad de procreación es “un don del Creador del cual un día tendrá que dar cuenta (el ser humano) ante El”.

“Reconocemos la vida desde antes aún de la concepción de un nuevo ser en el seno materno por la unión física de un óvulo y un espermatozoide; sin el respaldo de Dios, esos elementos físicos no producirían ningún efecto con su acercamiento”.

[...] Reflexiona Creu sobre la etimología de la palabra abortar, llegando a la conclusión que refiere a la acción de suspender un programa, plan o actividad que ya se encontraba iniciado.

“Con el embarazo, la vida ya había comenzado: abortar significa el fin de la vida, se le mata. Entendemos que no existen etapas en que el embrión aún no fuese un individuo

único y diferenciado; por lo tanto, no hay etapa en la cual ese embrión no fuese un ser en sí mismo”.

“Terminar con él sería matarlo, y eso si está expresamente legislado en las páginas bíblicas: No matarás. Por eso decimos NO a la despenalización del aborto”.

En otro artículo del semanario *Brecha* titulado “Los PRO VIDA hacen lobby” publicado el 4 de junio de 2004 se hacía referencia al proyecto de ley presentado en el año 2002.

ENTRE LOS RESULTADOS más alentadores, podemos decir que logramos “matar al preembrión”. En efecto, en la última versión del proyecto de reproducción asistida pudimos verificar que desapareció el término “preembrión”. Cabe aclarar que luego de su aprobación “en general” este proyecto quedó “congelado” en el Senado por varios meses, durante los cuales se le incorporaron varias modificaciones antes de su aprobación definitiva por la Cámara alta.

Por otra parte, se logró incluir un artículo que protege al embrión y penaliza su destrucción. Esto nos ha servido por ahora para marcar la incoherencia de los senadores que están a favor del aborto; luego, cuando se trate nuevamente la ley de reproducción asistida en diputados, indicaremos que este artículo invalida todo el resto de la ley.

En cuanto al Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), *La República de las Mujeres* el día 3 de octubre de 2004 informó que:

[...] es una asociación civil cuyo objetivo es contribuir a mejorar la salud de las mujeres a través de información, educación e investigación. Tiene presencia y actividad en la mayoría de los países latinoamericanos; cuenta con un comité científico integrado por médicos líderes de opinión, y con un comité técnico conformado por organizaciones no gubernamentales [...], y recibe apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas.

En cuanto a las declaraciones del presidente de la República electo en Uruguay, doctor Tabaré Vázquez, de vetar una ley que despenalice el aborto, las mismas tuvieron impacto, entre otros, a nivel de los movimientos feministas, quienes se manifestaron ante esta decisión. El diario *La Juventud* del 31 de diciembre de 2004 publicó una Carta Abierta a la Opinión Pública firmada por CNS-MYSU-CLADEM Departamento de Género y Equidad del PIT-CNT, REPEM, Coordinación Red Uruguaya contra la Violencia doméstica y sexual. En la misma se lee:

Ante las declaraciones realizadas por el Presidente electo y recogidas en contradictorias versiones por diferentes medios de prensa, las organizaciones de mujeres y las organizaciones feministas queremos realizar las siguientes consideraciones:

Una vez más aspectos que afectan las condiciones de vida de las familias y del derecho a decidir de las mujeres, vuelven a ser objeto de conversaciones a puertas cerradas entre hombres políticos y de la jerarquía de la Iglesia Católica.

Nosotras las protagonistas: miles de mujeres y sus parejas, sobre quienes pesan las consecuencias de la práctica clandestina del aborto; las que desde el trabajo anónimo y solidario mantenemos funcionando diariamente la atención a la infancia y de los más desposeídos en comedores, merenderos y policlínicas populares. Nosotras las mujeres reclamamos nuestro derecho a ser escuchadas.

Confiamos en que las y los legisladores electos representarán a la mayoría de la ciudadanía que reclama una ley sobre aborto coherente con la laicidad del Estado uruguayo, y respetuosa de la diversidad de creencias y opciones existentes en una sociedad plural como la nuestra. Sostenemos la esperanza que el Dr. Tabaré Vázquez, Presidente de todas y todos los uruguayos, actuará en consecuencia.

El aborto ha estado en el debate parlamentario desde 1984 y se ha constituido, en uno de los pocos temas legislativos que convocan a la opinión pública y a la participación ciudadana.

[...] Se pronunciaron por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como parte indivisible de los derechos humanos, el PIT-CNT, la Universidad de la República, hombres y mujeres representantes de distintas Iglesias, así como el Sindicato Médico del Uruguay.

También a favor del proyecto de ley, se manifestaron organizaciones de derechos humanos, jóvenes, de afrodescendientes y de la diversidad sexual, sumados a miles de personalidades y ciudadanos y ciudadanas.

Estamos ante un asunto de la agenda política, que por ser un tema de derechos nos implica a todos y a todas. Convocamos a desechar el camino de acuerdos y compromisos elaborados a espaldas de la ciudadanía y a meditar sobre las consecuencias que tienen estos procedimientos sobre la credibilidad política y la calidad de la democracia.

Porque es una cuestión de Derechos, es una cuestión de Democracia.

Se suma a esta carta un comunicado titulado "El veto de Vázquez" el cual fue firmado por la CNS (Comisión Nacional de Seguimiento- Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía) y MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), y publicado en *La República de las Mujeres* el 24 de abril de 2005.

El jueves 14 de abril escuchamos con perplejidad y preocupación las declaraciones del presidente de la República, doctor Tabaré Vázquez, a la finalización de la entrevista que mantuviera con monseñor Cotugno, en la sede del Episcopado uruguayo. Entrevista a la que concurriera acompañado por su señora esposa, recién llegada del Vaticano.

Las declaraciones respecto a vetar una eventual ley que legalice el aborto en el país, en caso de ser aprobada por el Parlamento nacional, merecen por lo menos, algunas puntualizaciones:

1. El doctor Tabaré Vázquez se olvida que vivimos en un estado laico donde ninguna religión debería tener incidencia sobre las resoluciones que se tomen dentro del Estado uruguayo.
2. Que ha sido demostrado que la búsqueda de soluciones para problemáticas como la práctica clandestina del aborto necesita de respuestas consensuadas, inclusivas, que busquen la convivencia democrática y que promuevan la tolerancia frente a la diversidad de posiciones, convicciones, creencias e ideologías que atraviesan estas temáticas.
3. El doctor Tabaré Vázquez reproduce actitudes de otros gobernantes utilizando el poder de su investidura presidencial para imponer su posición personal desconociendo lo expresado por la mayoría de la opinión pública a favor de un cambio legislativo, desconociendo la posición de la casi totalidad de la bancada del Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría, y haciendo pública una medida-como el veto presidencial-que ocultó durante la campaña electoral.
4. El doctor Vázquez se olvida que prometió que con su gobierno el país iniciaría un proceso de cambio alentando a la ciudadanía a apoyarlo y renovando las esperanzas sobre el cumplimiento de lo prometido. Estas formas de proceder y este tipo de declaraciones no son señales de un cambio progresista que enfrente viejas prácticas de hacer política que tanto daño le han hecho al país.

En nombre de un importante número de organizaciones sociales que consideramos que un cambio legislativo es esencial para afrontar la deuda que el país tiene en garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la ciudadanía, le exigimos no realizar ningún tipo de acuerdo cuyo precio se pague con la salud, la vida y los derechos de las personas, en particular, de las mujeres.

Es imprescindible, doctor Tabaré Vázquez, que el pueblo uruguayo pueda transitar por las vías que nuestra democracia contempla para alcanzar las soluciones que tanto se necesitan y que su actitud como presidente sea la de respetar la voluntad de la ciudadanía.

Como forma de protesta mientras se acercaba el momento de discusión del último proyecto de ley presentado que se discutiría en Cámara de Senadores, grupos en contra

de la despenalización del aborto realizaban una marcha desde la explanada de la Universidad de la República a la Plaza Cagancha, según lo informó el diario Últimas Noticias el 16 de octubre 2007 en un artículo titulado “Activistas se verán en el Senado”.

Los manifestantes en su proclama rechazaron “toda ley de salud reproductiva, comenzando por su primer artículo que legaliza la irresponsabilidad sexual y principalmente el segundo que viola los derechos humanos; no a la imposición imperialista de políticas antinatalistas”.

El tercero de los agentes identificados es el cuerpo médico. Es posible afirmar que el campo de la salud sexual y reproductiva y en particular el aborto ha sido tempranamente medicalizado. Lo que se ha dado en llamar *medicalización* reside –según lo explica Foucault- en que ella resume una modalidad bajo la cual las prácticas discursivas desarrolladas en el campo médico-sanitario revelan que la “[...] salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumentos de la socialización de los individuos” (Mitjavila, 1998:4). La medicina en Occidente se preocupó del cuerpo humano como fuerza de producción y fue en la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos proletarios. En los procesos de medicalización, el saber médico se caracterizó por su función normalizadora, a través del ejercicio de un poder legitimado en pos de sus objetivos manifiestos (curar) y de sus fundamentos técnico-científicos. Foucault analiza la *medicalización* a la luz de la concepción del poder y sostiene que el poder no es algo anterior ni exterior al conocimiento, sino un elemento co-constitutivo de la producción de verdad en el mundo moderno. El papel de la medicina en la sociedad moderna ha cumplido roles estratégicos de “mecanismos de control” que apuntaron –conforme lo ha expresado el filósofo- a disciplinar los cuerpos. Los cuerpos humanos han sido para Foucault el “blanco del poder” y los procesos de medicalización influyentes en la vida social implican una especie de conquista y dominio de las sociedades.

En ese sentido *medicalización* es definida por Mitjavila (1998:2), desde las Ciencias Sociales como aquellos procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.

En tal sentido en Portillo (1993:17) se puede leer que:

La medicalización de nuestra sociedad –afirman Portillo y Rodríguez Nebot-, entendiendo como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos, no es un hecho irrelevante ni menor. Muy por el contrario, desde nuestro punto de vista, adquiere una relevancia enorme. Tan grande es esta relevancia, que la medicalización se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural.

Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda de un enfermo. En la actualidad la medicina produce riqueza en la medida en que la salud se convirtió en objeto de consumo de importancia económica para el mercado. Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, por intermedio del consumo de salud, aparecen varios fenómenos que causan disfunciones en el sistema de salud y de la medicina contemporánea.

Por su parte Cheroni (1993:51), en sus estudios sobre la incidencia de la medicina entre los objetivos e intereses del capitalismo, expresa:

La preservación de la salud de las masas trabajadoras es un objetivo productivo, por lo cual el saber médico, profesionalmente institucionalizado, se ha convertido en el único medio socialmente aceptado para hacer efectivo su mantenimiento en las condiciones que impone el sector dominante de la sociedad. El capitalismo, que se desenvuelve a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada.

Para que algo pueda ser “medicalizado” –conforme Mitjavila- es necesario que haya sido clasificado, evaluado y caracterizado en términos de normalidad-anormalidad. Al respecto Mitjavila (1998) cita al economista político Robert Crawford (1980) quien atribuye dos acepciones a la noción de *medicalización*: una que se refiere a las funciones de sustitución y de complementariedad con otras competencias institucionales, y otra que da cuenta de la expansión de la medicina, apelando a criterios de prevención. La primera se refiere a la creciente intervención de la medicina sobre un

amplio sector de lo que se suele denominar “conductas socialmente desviadas”, las cuales eran exclusivamente en el pasado, objeto de abordaje por parte de otras esferas institucionales, como por ejemplo, el derecho y la religión. La segunda atribuye al término *medicalización* la ampliación del espectro de problemas sociales (codificados en términos de salud y enfermedad). Destacamos aquí el carácter de norma invasora que la dupla salud-enfermedad representa para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas desde ese ángulo. (Cfr.Mitjavila: 1998)

Por lo dicho la medicina se ha ido transformando en una de las principales instituciones de control social, se ha transformado en el nuevo depositario de la verdad, en el lugar donde se emiten juicios absolutos de parte de expertos supuestamente neutrales desde un punto de vista moral.

Según Foucault (1992) refiriéndose a la vida humana, plantea que no es algo espontáneo, el ser humano constituye una materia prima (como la tierra o los recursos naturales) que los agentes con poder se esfuerzan en disciplinar para extraer todos los beneficios posibles. Ello significa que lo que está en juego en el poder es el control de la producción y reproducción de la vida biológica (la institución de la sexualidad). La preocupación por la población, el dominio que se ejerce sobre los seres vivos con el objetivo de hacer crecer su número y multiplicar sus capacidades es lo que llama bio-política. Bio-política significa entonces la tecnología de control de la vida biológica de las poblaciones. Esto es posible por los saberes que la medicina y la biología han alcanzado en sus desarrollos modernos. Foucault presenta una mirada de la medicina en tanto mecanismo de control social sobre los individuos y explica que la dominación no se produce sólo a nivel de la ideologización de las conciencias, sino también en el cuerpo. Es lo que lo lleva a descubrir que el cuerpo es un espacio de “realidad bio-política y la medicina es una estrategia Bio-política” (Foucault, 1992:55).

Es así que Foucault (1977:173) señala que:

[...] habría que hablar de “biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana. [...] Durante milenios, el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de una existencia política; el

hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente.

En ese sentido y en la misma línea Mitjavila (1998:31) enfatiza que

“las diversas formas modernas del saber, especialmente científicas y técnicas, tienen una participación decisiva en la articulación de las dos dimensiones del biopoder –esto es, individual y poblacional-, a través de diferentes dispositivos que convierten al cuerpo humano en un espacio socialmente estratégico. El saber médico es un componente esencial de este tipo de configuración moderna del poder. El principal síntoma parece ser su presencia casi infaltable en los más importantes dispositivos de dominación que instauró la modernidad: la prisión, la sexualidad, el manicomio, etc.”

Ejemplos de lo que ha sido el proceso de *medicalización* en el campo de la salud sexual y reproductiva se relacionan, por lo general, a lo que han sido los intentos de despenalización del aborto, y a la descriminalización del mismo que se produjo en 1934. Si bien se extenderá sobre esta época en el capítulo siguiente, es posible tomar algunos aspectos para entender este proceso de medicalización, ya que en 1916 se notaba por parte de médicos, ejemplo Augusto Turenne²⁶, asombro ante el número creciente de abortos en el Uruguay, elaborando un informe para el Congreso Médico Nacional. Él realizó algunas ponencias en el SMU preocupado por las cifras de aborto provocado, calificándolas de “proporciones pavorosas”²⁷. Su preocupación se basaba en la búsqueda de alternativas a esa realidad, y para ello propuso el concepto de “Maternidad Consciente”, o sea el derecho de la mujer para procrear voluntariamente.

Así se puede visualizar una muestra de medicalización de la sociedad, cómo se ha venido dando este proceso, y ver, como lo estudia Barrán (1992), como se pasa de la figura del médico ausente, donde cada persona se hace el autoexamen, come sano, hace ejercicio físico, se cuida de los “excesos”, busca el aire puro y la luz solar en pro de la salud, a la figura del médico presente en cada aspecto de la vida.

En palabras del propio autor:

“Hemos pasado doscientos años del terror social al cuidado individual, del protagonismo de la epidemia al de la salud, del médico como figura occidental y esporádica, a su saber

²⁶ Médico profesor de Ginecología y Obstetricia y fundador del Sindicato Médico del Uruguay (SMU)

²⁷ Turenne, Augusto. La Maternidad Consciente. Un problema de Obstetricia social. Procreación voluntaria en la Mujer. Conferencia pronunciada en el Sindicato Médico del Uruguay. Julio de 1929. Montevideo.

(y su poder, en consecuencia) invadiéndolo todo, la enfermedad y la salud, las ideas y las conductas, la razón y también la locura [...]” (Barrán, 1992:10)

Otros ejemplos del proceso de medicalización lo constituye la preocupación expresada por un grupo de médicos en torno a las alarmantes cifras de morbimortalidad en el Centro Hospitalario Pereira Rosell en julio de 2001. Estos médicos se reunieron con la finalidad de diseñar un plan de “Iniciativas médicas contra el aborto inseguro”, de manera de generar conciencia sobre el problema, y al mismo tiempo sensibilizar a la Facultad de Medicina, al Ministerio de Salud Pública y al Parlamento. Con respecto a esto se cita parte de un artículo del Semanario *Búsqueda* con fecha 27 de diciembre de 2001 titulado “Epidemia de muertes por abortos inseguros motivó a ginecólogos a crear medidas para proteger a mujeres que deciden efectuarlos”

“La Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU) convocó a una mesa redonda para discutir sobre un tema que los médicos hasta ahora no se habían animado a reconocerlo públicamente: la principal causa de muerte materna en Uruguay es el aborto realizado en precarias condiciones sanitarias.

El lunes 17, en el anfiteatro Caldeiro Barcia de la maternidad del Hospital Pereira Rosell, el ginecólogo Gonzalo Vidiella informo que en el quinquenio 1996-2001, 47 por ciento de las muertes maternas en ese centro hospitalario correspondieron a mujeres que llegaron luego de realizarse un aborto en malas condiciones. Pero si solo se toman en cuenta los diez primeros meses de 2001 esta situación se agrava dramáticamente; 80% de las muertes maternas fueron causadas en situaciones de riesgo.

Asimismo en la Maternidad de ese hospital cada año se realizan 900 legrados por abortos incompletos.

Cuando en julio de este año murió la tercera mujer debido a un aborto en malas condiciones vimos que estábamos en medio de una epidemia”, explicó a *Búsqueda* el director de la clínica “A” del Hospital Pereira Rosell y ex presidente de la SGU, Enrique Pons.

Durante el 2001 de los siete fallecimientos de mujeres en la Maternidad del Pereira Rosell, cinco se debieron a complicaciones por un aborto mal realizado.”

El artículo continúa con declaraciones del Profesor adjunto de la clínica ginecotológica “A” de la Facultad de Medicina Leonel Briozzo, quien reconoció que:

“[...] a pesar de que la mujer haya decidido abortar hay una serie de medidas que el

médico puede tomar para prevenir complicaciones. Entre ellas, citó estimular la consulta ginecológica pre y pos aborto, controlar igual el embarazo [...] promover que las mujeres concurren al ginecólogo después de un aborto aunque no tengan síntomas de complicaciones y brindarles información sobre anticoncepción.”

El médico agregó que para mediados del siguiente año esas medidas para prevenir nuevas muertes por un aborto inseguro, serían oficialmente transmitidas por el Ministerio de Salud Pública entre los ginecólogos del país. Por su parte la abogada inspectora principal de la Dirección de Prevención Social del Delito del Ministerio del Interior manifestó al semanario *Búsqueda* con misma fecha que “[...] aunque el aborto es delito, en Uruguay la mayoría de los casos no llegan al sistema penal”. Al referirse a las mujeres que abortan en condiciones de riesgo, dijo que “ellas siguen pagando con sus vidas, la mutilación física o psicológica, una deuda de toda la humanidad que llegó al siglo XXI sin solución.”

Con el objetivo claro de incrementar las condiciones de seguridad y proteger a la mujer que opta por abortar, el grupo de “Iniciativas médicas contra el aborto inseguro” proponen en el mismo artículo a sus pares ginecólogos comenzar a aplicar las siguientes medidas:

- “Educar a la comunidad acerca de los abortos en condiciones de riesgo para salvaguardar la salud reproductiva de la mujer y evitar que sea utilizado como método anticonceptivo.
- Informar a las pacientes sobre las consecuencias de un aborto practicado por personas no idóneas, cómo evitarlas o minimizarlas.
- Desarrollar una correcta evaluación clínica y paraclínica pre aborto que incluya asesoramiento, confirmación del embarazo con ecografía, edad gestacional del feto y grupo sanguíneo de la mujer.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la atención pos aborto. Promocionar la consulta precoz y no esperar los síntomas de una presunta complicación.
- Generar confianza en la consulta. En ese sentido, se sugiere la necesidad de revisar el principio de secreto profesional de manera de proteger a la mujer frente a la obligación de efectuar la denuncia a la policía.
- Brindar asesoramiento psicológico y de anticoncepción pos aborto.”

En función de la discusión a nivel parlamentario que se venía sosteniendo en el 2004 sobre este proyecto a nivel de la Cámara de Senadores, el 29 de abril del 2004 el Sindicato Médico del Uruguay se pronunció sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y especialmente sobre la posible despenalización del aborto en el Diario *El Observador*. Se transcriben fragmentos de las manifestaciones:

“La legislación actual en Uruguay viola todas y cada una de las principales características de la Asistencia en Salud, que debe ser integral, universal, accesible, continua, oportuna, eficiente, económica, humana y adaptable. Dicha legislación, además, no ha logrado abatir el número de abortos, sino que por el contrario, ha contribuido a su incremento. En suma, se trata de una ley anacrónica y descartada por la práctica social desde su misma promulgación en 1938.

[...] el SMU considera su deber expresar su posición a favor de la despenalización del aborto, en el entendido que dicha modificación legal no obliga ni estimula, sino que por el contrario, como ha sido demostrado por la experiencia internacional, disminuye su práctica. Debemos indicar que la despenalización del aborto es en el actual contexto la principal manera de involucrar a toda la sociedad en tareas impostergables: a) La implementación de políticas educativas efectivas, b) La Promoción de políticas públicas de anticoncepción, c) La promoción en toda la sociedad de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

El Sindicato Médico del Uruguay convoca al Cuerpo Médico nacional, a las instituciones representativas en el área de la Salud sexual y reproductiva, a las organizaciones de mujeres, a los legisladores y a la opinión pública en general, a abordar de forma madura y sin hipocresía, alzando la mira por encima de falsas oposiciones como la de “aborto sí” o “aborto no”, la necesaria discusión para llegar a tomar las decisiones que nos demandan los tiempos.”

Retomando lo relacionado a las iniciativas contra el aborto inseguro se destaca que en agosto del 2004 el Ministerio de Salud Pública aprobó la normativa titulada “Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, que había sido elaborada dos años atrás por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, la Facultad de Medicina y el SMU. Fuentes del MSP afirmaron en el diario *La República* que esta es una decisión muy importante, pero reconocieron que “sin duda esto

también nos va a traer problemas con muchas organizaciones religiosas y sociales”²⁸.

Por su parte el SMU a través de un comunicado expresó en el mismo medio su satisfacción por la aprobación de la normativa, que

“contribuirá en lo inmediato a salvar muchas vidas de mujeres uruguayas que hoy fallecen a causa de prácticas abortivas realizadas en condiciones de marginación social y riesgo sanitario extremo. También representa un importante paso de avance en materia de derechos sexuales y reproductivos y allana el camino para futuras elaboraciones legislativas en dicha área”.

En el diario *La Juventud* del 21 de agosto 2004, se planteaba la extensión de las medidas sanitarias a la esfera de la medicina privada. Diego Estol, Director General de Salud, declaraba:

“En un hecho sin precedentes en la región, el gobierno uruguayo dictó una resolución que obliga a los médicos del sector público y privado a brindar asesoramiento a las mujeres que decidan interrumpir su embarazo, a pesar de que el aborto es ilegal. La decisión apunta a disminuir el número de muertes por abortos clandestinos, principal causa de mortalidad materna en Uruguay.

La legislación lo prohíbe y penaliza, salvo en cuatro casos: para salvar el honor (aunque no se detalla en qué situaciones); frente a una violación; para salvar la vida de la madre y frente a situaciones de indigencia total. En la práctica, se considera un procedimiento médico clandestino, ya que por falta de voluntad política nunca se conformó una junta nacional dentro del ámbito de la salud pública, que debe evaluar cada caso y autorizarlo.”²⁹

Estos son algunos ejemplos de cómo la medicina ha ido medicalizando el campo de la salud sexual y reproductiva.

En este capítulo se trabajó en base a las nociones de campo y agentes a partir de Bourdieu. Se tomó el campo de la salud sexual y reproductiva y los agentes intervinientes en ella. Los mismos se desprendieron a partir del estudio de los medios de prensa escrita, y lo constituyen la Iglesia Católica, Movimientos Sociales, Cuerpo Médico y Legisladores. Se abordaron los tres primeros, ya que el punto de vista de los

²⁸ P. 35.

²⁹ P. 11.

legisladores como agente privilegiado del campo se tratará en el capítulo siguiente, ya que está vinculado a la presentación de los proyectos de ley al paramento.

CAPITULO III

3. Vaivenes en cuanto a la legislación del aborto.

En este capítulo se tratará la legislación actual, la descriminalización del aborto durante un corto período con el Código Penal de 1934 y los intentos infructuosos de despenalizar el aborto a través de la elevación de seis proyectos de ley al Parlamento desde 1985, momento de restauración democrática en Uruguay. Paralelamente se irá analizando el cuarto agente identificado, los legisladores.

3.1 Algunos antecedentes de la legislación en Uruguay y cuestionamientos sobre el alcance de la ley vigente.

A modo de conocer el movimiento, la historia de la temática del aborto en Uruguay, se realizará una breve reseña de los aspectos más salientes ocurridos antes de la implantación de la ley vigente, N° 9763.

En 1933 Uruguay se encontraba bajo un golpe de Estado dictado por Gabriel Terra. En 1934 el artículo 325 del Código Penal, ley N° 9155, admitió el aborto voluntario sin penalizarlo. El proyecto fue redactado por el jurista José Irureta Goyena quien despenalizaba el aborto y también la eutanasia, llamada "homicidio por piedad".

Sapriza³⁰ ha realizado investigaciones acerca de la despenalización del aborto con la ley N° 9155 en el Uruguay. Ella entiende que una de las razones que la explica es la transición demográfica, ya que Uruguay, gracias a una política higienista, logró descender el índice de mortalidad y de natalidad tempranamente. Con respecto a esto, en 1920 se calcula un promedio de dos y medio a tres hijos por mujer. Para lograr reducir el número de hijos algunos de los factores que incidieron fueron la promoción del matrimonio tardío, el uso del preservativo, el método *coitus interruptus*, y el *Ogino Knauss*³¹. A pesar de todos ellos, el método más usado para reducir el número de hijos fue la práctica del aborto.

Además Sapriza agrega otro factor que, a su juicio, se desarrolló entre 1920 y 1945: la eugenesia.

³⁰ Profesora de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República y fundadora del Grupo de Estudios de la Condición de la Mujer.

³¹ Este método fue aprobado por la Iglesia Católica, y se trataba de la abstención de relaciones sexuales en los períodos fértiles de la mujer, a través del descubrimiento de los ciclos hormonales en la mujer.

“La eugenesia promovía la selección de los mejores ejemplares humanos para su reproducción a fin de evitar la degeneración de la raza. [...] se tradujo en medidas coercitivas sobre la sexualidad y la reproducción de la “raza” en los países del Cono Sur.” (Sapriza, 2002:1121-1122)

La autora plantea que la eugenesia fue la doctrina dominante luego del higienismo, y califica su aparición como “una nueva tecnología del sexo”³² con el fin de controlar a la población.

El diario *El Diario* el 9 de noviembre de 1995, presentó un artículo llamado “La despenalización del aborto en Uruguay entre 1934 y 1938”, tomando como referencia la postura y opiniones de Graciela Sapriza.

Sus últimas investigaciones [de la despenalización del aborto] apuntan a cómo una medida que en principio tendría una línea progresista, en el fondo podría haber apuntado a aplicar leyes eugenísticas.

Con respecto al poder del médico, citando a José Pedro Barán, Sapriza expresó en *El Diario* el 9 de noviembre de 1995 que:

“[...] la despenalización del aborto no fue una medida del gobierno de Terra para distraer a la opinión pública de otros temas, sino que “tomó a todos por sorpresa, menos a la corporación médica”.

“Los médicos venían pidiendo la legalización desde tiempo atrás; aparte los médicos como estamento de la sociedad en crecimiento tenían una creciente legitimidad.

[Refiriéndose a los estudios de Barrán en cuanto al poder médico] se propusieron legitimarse como profesión y a su vez impusieron de alguna forma determinadas reglas de conducta no solamente de sanidad, de higiene, sino también de moralidad. Yo corroboro que el médico sustituyó al cura en un país laico como el nuestro...”

En lo referente a la práctica del aborto se expone que tanto grupos feministas³³, como los médicos y legisladores de la época, a comienzos del novecientos, en vista de los riesgos a los que se exponía la mujer al realizarse abortos en lugares insalubres o con personal no idóneo, decidieron impulsar la despenalización del mismo. De esta forma se logró aprobar la Ley N° 9155. Inmediatamente comenzaron a aparecer trabas a dicha

³² En Fragmentos de Cultura. Volumen 12 N° 6. 11/12 – 2002. Pág. 1124.

³³ Reclamaban junto a los derechos civiles y políticos, la libre sexualidad (el “derecho al propio cuerpo”).

legislación, el 15 de enero de 1935 el Ministerio de Salud Pública (MSP) presentó un decreto por el que, si bien se reconocía la eximición de la pena a quien se realizara un aborto, se prohibía

“en todos los establecimientos dependientes del MSP la interrupción del embarazo por razones ajenas a la protección de la vida y de la salud de las mujeres que en ellos se asistan”. (Geymonat, 2004:322)

Desde marzo de 1935 hasta 1937 varios legisladores presentaron diversos proyectos de ley con el fin de penalizar nuevamente la práctica del aborto. Uno de ellos fue en marzo de 1935 presentado por el entonces senador del partido Nacional Juan B. Morelli, quien proponía que se establecieran penas de penitenciaría a quienes causaran de forma intencional el aborto. Los entonces diputados del partido de tendencia demócrata cristiano Unión Cívica Dardo Regules y José María Tarabal, también habían presentado un proyecto de ley semejante al anterior, el cual comenzó a discutirse en noviembre de 1937. Posteriormente el diputado Stewart Vargas presentó otro proyecto sustitutivo del anterior. Finalmente, el 24 de enero de 1938 se discutió el proyecto de ley presentado por los diputados de la Unión Cívica, sancionado el 28 de diciembre de 1937, el cual fue aprobado totalmente, dejando vigente desde ese momento la ley N° 9763³⁴ sobre aborto en Uruguay. Esta ley castiga con prisión –de tres a nueve meses- a la mujer que consienta o se realice un aborto, y con seis a veinticuatro meses a quien colabore en la realización del mismo con su consentimiento. El castigo varía en caso de lesión o muerte de la mujer, como también si es sin su consentimiento. La ley también planteó algunas causas que atenuarían o eximirían la pena, como lo es salvar el honor, o cuando se trata de una violación, o por razones graves de salud, o angustia económica.

Luego de esta fecha, y hasta el último cuarto de siglo, no se sucedieron en Uruguay proyectos de ley relacionados con el aborto. A la dictadura de Gabriel Terra, quien fuera presidente desde el 1 de marzo de 1931 hasta junio de 1938, la sucedió la de Alfredo Baldomir. Terra se opuso desde un principio a la constitución de 1917 y el 31 de marzo de 1933, con apoyo del ejército, del sector herrerista del Partido Nacional y de la Policía, la cual era dirigida por su cuñado, Alfredo Baldomir, dio un golpe de estado, por el que se disolvió el Parlamento y se censuró la prensa. En 1938 asumió la presidencia Alfredo Baldomir hasta el año 1942. En febrero de 1942 él disolvió el

³⁴ Ver Anexo I



Congreso y lo reemplazó con un Consejo de Estado el cual se componía por algunos partidarios colorados. Este golpe de estado se caracterizó por ser un “golpe bueno”, sin violencia ni mayores abusos y destinado a evitar que la crisis institucional se radicalizara. Además se restablecieron derechos constitucionales a través de la promulgación de una nueva Constitución en 1942.

La segunda mitad del siglo XX se caracterizó por ser una época de crisis económica. La misma fue producto de un desarrollo económico poco equitativo, donde pocos tenían el capital y explotaban a los sectores de obreros y asalariados a través del trabajo en las industrias. Se suman factores como la devaluación de la moneda nacional, la dependencia internacional en cuanto a los precios, el escaso desarrollo del mercado interno, el clientelismo político, entre otros, que hicieron acabar con lo que se había dado en llamar “Suiza de América”.

Con la crisis se podía notar aumento en la conflictividad y en la búsqueda de alternativas por parte de movimientos sociales, que incluyeron huelgas, paros, ocupaciones, y hasta algunos robos y lucha armada. Grupos de extrema izquierda (Tupamaros) y de extrema derecha (Escuadrón de la Muerte) protagonizaron guerrillas urbanas.

La respuesta que dio el gobierno de José María Bordaberry ante el clamor popular, la crisis social, económica y política que vivía el país, fue el Golpe de Estado cívico-militar. Es así que disuelve las Cámaras de Senadores y Representantes, crea un Consejo de Estado el cual tiene funciones legislativas, contralor administrativo, etc. En esta época se suspenden los derechos civiles y se faculta a las Fuerzas Armadas y Policiales para asegurar la prestación interrumpida de los servicios públicos. En este periodo, de terrorismo de estado, se practicó de forma continua la tortura, desaparición forzada y prisión.

Luego de finalizada la dictadura militar, con el proceso de restauración de la democracia, comienza a darse en Uruguay el fenómeno de presentación consecutiva de seis proyectos de ley sobre aborto y salud sexual y reproductiva con el fin de anular la ley vigente. La ley N° 9763 ha estado vigente en Uruguay desde hace ya más de 60 años, y pensando en el número elevado de abortos anuales que se registran en el país, y el número de mortalidad, cabe preguntarse sobre la efectividad de esta ley.

El ex diputado del Frente Amplio, Rafael Sanseviero, se manifestó sobre la ineficacia de dicha ley:

“Esa ley no se cumple, está en desuso [...] criminalizar una conducta que la mayoría de la sociedad no considera delictiva [...] tiene efectos profundamente negativos para la convivencia social y especialmente para la calidad de vida de las mujeres uruguayas.”³⁵

El magistrado Gervasio Guillot, en ese entonces ministro del Tribunal de Apelaciones en lo Penal de 1er Turno, agregó en el suplemento *La República de las Mujeres* que:

“durante toda mi carrera nunca supe que se enviara a alguien a prisión por causa de aborto sino era en casos de muerte o de lesiones graves de la mujer. El aborto se practica, si no legalmente, si lícitamente: a la vista y paciencia de todo el mundo.”³⁶

Con respecto a las atenuantes de la ley, en el 2001 la diputada Margarita Percovich, diputada del Frente Amplio, expresó para el Semanario *Crónicas* lo que sigue:

“La ley plantea excepciones, pero sin embargo quienes van a reclamar ante el Ministerio de Salud Pública nunca encuentran respuestas y nunca se logra que se integre la Comisión para considerar la posibilidad de autorizar un aborto.”³⁷

Graciela Sapriza en el diario *El Diario* con fecha 9 de noviembre de 1995 refiriéndose a las causales establecidas por la ley, por las cuales no se penalizaría la práctica del aborto expresó:

“Esa ley quedó como en el Partenón, no ha sido implementada. Si a esa ley se le implementaran esos cuatro artículos no quedaría sujeta a la voluntad de los jueces y de los médicos, sino que debería habilitarse los hospitales públicos y difundirse esas posibilidades.

Esa es una estrategia posible que no ha sido muy utilizada, es decir utilizar la propia ley de forma tal que se generen recursos para que esa ley se implemente, se instalen policlínicas gratuitas de asesoramiento, no quiere decir clínicas abortivas, que se haga todo en combinación con otros planes de salud para la mujer

³⁵ *La República de las Mujeres*. 21 de Noviembre de 1993. pág. 2.

³⁶ *La República de las Mujeres*. 24 de setiembre de 1993. pág. 10.

³⁷ *Crónicas*. Montevideo. 6 de Abril de 2001. Pág. 13.

Se deduce que, de acuerdo al número estimado de abortos que se realizan en Uruguay y a la ley que rige en la actualidad, las cárceles deberían estar llenas de mujeres, médicos, parteras y personas que colaboran en maniobras abortivas. Esta situación no se da en Uruguay, ya que solamente se penaliza cuando la mujer muere o hay complicaciones graves, por lo que se puede deducir el incumplimiento de la Ley vigente en Uruguay.

Debido al malestar que esta ley ha venido causando en varios ámbitos de la sociedad y al poderío de las prácticas abortivas, desde finalizada la dictadura uruguaya, en cada gobierno, se han presentado los seis diversos proyectos de ley.

3.2 Proyectos de ley abordados a nivel parlamentario. Período 1985 – 2006

El primero, llamado *Aborto practicado con consentimiento de la mujer*³⁸, fue presentado el 12 de junio de 1985 por legisladores del Partido Colorado ex Diputados Daniel Lamas y Victor Vaillant, durante el gobierno de Julio María Sanguinetti, sin llegar a consideración de ninguna de las Cámaras. Ellos propusieron la derogación de la Ley N° 9.763 para reimplantar la Ley N° 9155 del régimen del Código Penal de 1934. Éste desincriminaba el aborto voluntario, lo permitía a toda mujer y durante todo el tiempo del embarazo. Sólo se sancionaba a quien realizara el aborto en caso de que no fuera consentido por la mujer con una pena de dos a ocho años. O bien se sancionaba a causa de que de la práctica sobreviniera a la mujer una lesión, siendo penado con tres meses a nueve años de prisión. En caso de muerte de la mujer la sanción era de entre cuatro y doce años. La Ley 9155 no llegó a regir ni tres meses, ya que tuvo que ser modificada.

Antes de que los legisladores Lamas y Vaillant presentaran el proyecto de ley, el Profesor Dr. Mario Olazábal, especialista en sexoterapia e integrante de la Asociación Uruguaya de Planificación familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana y entonces director de la Clínica Ginecológica "B" del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", brindó su enfoque médico acerca del aborto al diario *El Día* con fecha 2 de setiembre de 1984:

Se debe liberalizar el aborto, bajo control del Estado, ampliando las situaciones permitidas por la ley, hasta de admitir su realización por la propia voluntad de la pareja.

³⁸ Ver Anexo II

Y en cuanto a la ley que, para el profesional, sólo protegía la salud de la madre, afirmó en el mismo medio:

La ley actual tiende a proteger sólo la salud de la madre, pero se debe apuntar también a considerar la situación del futuro ser y las condiciones y aun la voluntad de la pareja, pues el padre también tiene derechos.

En Uruguay, en la época en que se presentó este proyecto de despenalización se vivía un momento de restauración de la democracia, donde recién se estaba volviendo de una dictadura militar que se caracterizó por reprimir fuerzas políticas (principalmente la izquierda), por el encarcelamiento de dirigentes sindicales y la prohibición de la actividad gremial a obreros y empleados, y por la expulsión de los funcionarios públicos, especialmente docentes de cualquier inclinación izquierdista, entre otros. Era un momento en que aún se sentía el temor de volver a ser reprimidos.

En esa época se hablaba de la planificación familiar. En el diario *El Día*, con fecha 26 de noviembre de 1986, la doctora Olga Camacho de Osorio, reconocida especialista en Ginecología, sexóloga y estudiosa de la interrelación familiar, refiriéndose a la planificación familiar expresó:

“La planificación familiar da la posibilidad a las parejas de elegir el momento oportuno para tener sus hijos, de acuerdo a su propia realidad”. En cuanto a las relaciones prematrimoniales, “[...] significaría para esa pareja la posibilidad de postergar el embarazo y disponer del tiempo necesario para conocerse sexualmente, evitando las consecuencias que implica gestar un hijo sin la preparación y la madurez suficientes”. Y para la pareja estable “[...] es natural que también tenga que lograr su equilibrio íntimo así como toda la adaptación que es necesaria para convivir felizmente con el otro, por lo tanto también, en esta etapa, la pareja debe gozar de la libertad de gestar o no un hijo”

El segundo proyecto se llamó *Penalización de actos que afectan los derechos de la Mujer*³⁹. En 1991, durante el gobierno del Dr. Luis Alberto Lacalle, el legislador del Frente Amplio Daniel Díaz Maynard hizo un intento infructuoso de modificación parcial del texto del artículo 328 del Código Penal de la Ley vigente (Ley N° 9763).

³⁹ Ver Anexo III

El Diario *Últimas Noticias* recordó el desacuerdo por parte de Díaz Maynard citándolo en un artículo del 2001 cuando expresó que la Ley postula “normas medievales que ofenden nuestra sensibilidad”⁴⁰, en la medida que –agrega el redactor- suponen discriminación para las mujeres. En lo relativo al aborto, propone la derogación de los numerales segundo y cuarto del artículo 328 del Código Penal, los que refieren a los atenuantes de dicha práctica. Es así que plantea que si el aborto es consentido por la mujer por ser fruto de una violación, se eximirá de pena. El Juez podrá eximir la pena también en caso de que el aborto sea consentido por razones de angustia económica. Díaz Maynard planteaba que el Código de 1934, además de ser muy viejo, protege normas del año 1889, “época en que –enfátiza- existía una total y absoluta discriminación sexual.”⁴¹

La Iglesia Católica, refiriéndose al proyecto presentado por el legislador, en el diario *La Mañana* del 23 de mayo de 1993, informó que

La Iglesia en el nuevo catecismo indica que el aborto es un homicidio y llega a expedir la excomunión a los actores del hecho.

Para el Tercer proyecto, *Aborto Voluntario*⁴², de noviembre de 1993, durante la presidencia aún de Luis Alberto Lacalle, varios diputados⁴³ presentaron un proyecto de regulación del aborto, el cual fue aprobado por unanimidad en la *Comisión Especial de Bioética de Diputados* el 16 de junio de 1994, sin embargo no se trató en la Cámara. El proyecto establecía plazos –conforme lo señaló *Últimas Noticias*- “ateniéndose a criterios estrictamente médicos”⁴⁴: doce semanas como máximo para interrumpir el embarazo. Se planteaba la posibilidad de extender a 20 semanas si el médico hubiera considerado dificultades para conocer la edad gestacional de la embarazada. Hasta las 24 semanas se podría interrumpir su embarazo en caso de riesgo de vida para la mujer, o cuando se confirmara un proceso patológico que provocara malformaciones o anomalías del feto. El proyecto proponía que toda mujer no dispuesta a continuar con su embarazo podría

⁴⁰ 7 de agosto de 2001. “Parlamento desarchivó tres proyectos sobre aborto: inquietud por legislar sigue latente”.

⁴¹ Exposición de motivos en proyecto de ley de 1991: *Penalización de actos que afectan los derechos de la Mujer*.

⁴² Ver Anexo IV.

⁴³ Rafael Sanseviero (F.A.), Carmen Beramendi (F.A.), Ana Lía Piñeyrua (P.N.), Tabaré Caputi (N. E.), Carlos Pita (F.A.), Luis Batlle Bertolini (P.C.), Rafael Michelini (N.E.), Alba E. Osoro de Lanza (P.C.), José Bayardi (F. A.), Daniel Díaz Maynard (N. E.), Ramón Legnani (F.A.).

⁴⁴ Op. Cit.

interrumpirlo dentro del tiempo permitido en cualquier centro de salud habilitado por el Ministerio de Salud Pública. Este procedimiento sería un acto médico y antes de llevarse a cabo se debería tomar consentimiento por escrito de la paciente, así como informar acerca de las posibilidades que existen de adopción, de los programas disponibles de apoyo económico y médico a la maternidad e indicar cuáles serán los métodos anticonceptivos adecuados para cada caso luego de la intervención, etc. Para el caso de mujeres menores de edad se debería contar con su consentimiento y con la autorización de representantes legales o guardadores de hecho. En los casos de incapacidad declarada judicialmente el consentimiento lo darían los Jueces Letrados de Familia en Montevideo o los Jueces Letrados de Primera Instancia en el interior del país. En caso de ser posible se informaría al cónyuge en el plazo y forma que establece la reglamentación. Éste podía tomar esta situación como causal de divorcio. El proyecto establecía que aquellos médicos que tengan objeciones de conciencia para realizar este tipo de intervenciones, podrían hacerlo saber a las autoridades de la institución a la cual pertenecen. Se sancionaría en caso de que dicha práctica se realice fuera de los plazos, tiempos, y lugares estipulados, como también si no hubiere existido consentimiento de la mujer.

Este proyecto fue presentado por legisladores de diversos sectores políticos, entre quienes "existe un consenso elemental sobre este tema", expresó Rafael Sanseviero al semanario *Búsqueda* el 16 de setiembre de 1993.

El mismo legislador comentó en *La República de las Mujeres* del 24 de setiembre de 1993 refiriéndose a quienes habían elaborado el proyecto de ley que:

Lo que nos une, más allá de diferencias de fondo, es una toma de conciencia de que el aborto, nos guste o no, es una realidad mal asumida por la sociedad. No pensamos en introducir la libertad de abortar como un derecho en la Constitución sino en que la sociedad asuma la responsabilidad de brindar a las mujeres una atención médica justa⁴⁵.

Antes de ser aprobado el proyecto, la *Comisión Especial de Bioética de Diputados* consideró conveniente recoger los aportes de diferentes sectores académicos como la Facultad de Medicina y otros vinculados con la realidad social, política y religiosa, como Ministerio de Salud Pública, Iglesia Católica, entre otros. Escuchó aportes y

⁴⁵ P.10.

objecciones de organizaciones sociales y religiosas, médicos, sociólogos, penalistas, psicólogos y teólogos.

La Iglesia Católica se hizo oír nuevamente a través de los medios de prensa. Es así que el diario *El País* del 25 de junio de 1994 expresa las palabras del Obispo de la Diócesis de Minas Víctor Gil:

[...] que ha hablado con un diputado del departamento, con sacerdotes de su diócesis y laicos comprometidos para realizar una exhortación a todos los católicos, siempre que no salga un pronunciamiento de la Conferencia Episcopal o sea todos los Obispos del Uruguay en su conjunto, por intermedio de una segunda nota, que será leída con carácter obligatoria, en todos los colegios y en las parroquias así como también darle difusión por los medios de comunicación social de que dispone la diócesis, que en síntesis sería así: ningún católico, mejor todavía, ninguna persona de principios, de moral natural, amante de la vida, no puede ni debe votar a una plataforma política que contenga en su programa la despenalización del aborto. Me siento en conciencia obligado, ya que en mis frecuentes recorridas por el territorio diocesano que comprende toda Lavalleja, nordeste de Rocha y parte de Maldonado, la opinión unánime de la gente es en contra del aborto y a favor de la vida.

Con respecto a la posición del Poder Ejecutivo en cuanto al tema, cabe destacar que en una visita que realizó el presidente de la República Oriental del Uruguay a Juan Pablo II, entonces papa, en Italia, según lo redacta el diario *El Observador* con fecha 12 de abril de 1994, ambos coincidieron en rechazar la despenalización del aborto. Lacalle dijo a este medio, a poco tiempo de llevarse a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo que:

[La Iglesia tiene] preocupación notoria por el tema de la conferencia sobre población que se llevará a cabo en El Cairo, la protección a la vida desde la concepción, la definición de familia, que quiere decir un desarrollo sustentable y humano, que son temas en que la iglesia tiene interés político, si cabe la palabra.

Cuarto Proyecto. En 1998 la diputada del Frente Amplio Raquel Barreiro, durante el gobierno de Julio María Sanguinetti, presentó el proyecto *Interrupción voluntaria del*

*embarazo*⁴⁶, el cual entró por Cámara de diputados pero no fue discutido. Este proyecto estuvo inspirado en el anterior, que fue aprobado en la *Comisión Especial de Bioética de Diputados*, aunque con pequeñas modificaciones. Una de esas modificaciones incluye al MSP, el cual debería haber sumado en su presupuesto financiamiento para un programa cuyos objetivos sean colaborar y apoyar la educación sexual, apoyar la difusión y práctica de diferentes métodos anticonceptivos e impulsar la planificación familiar brindando asistencia económica y médica a la maternidad. En este proyecto también se establecían los plazos y condiciones para que una mujer pueda solicitar el aborto, igual que en el proyecto presentado en el 1993.

El quinto proyecto se llamó *Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*⁴⁷ y fue elaborado en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, logrando su aprobación el 10 de diciembre de 2002. Fue aprobado en la Cámara de Representantes y rechazado por el Senado el 4 de Mayo de 2004. Este Proyecto de Ley surgió como una iniciativa para brindar un abordaje integral a la salud sexual y reproductiva. Se colocaba al Estado como garante de los derechos sexuales y reproductivos, universalizaba los servicios de anticoncepción, postulaba el desarrollo de políticas de educación sexual, promovía la maternidad y paternidad elegida, y legalizaba el aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación. El tiempo, lugar y las condiciones para la realización de abortos coincide con los dos últimos proyectos presentados.

Quien sería el presidente de la República durante los siguientes años, Dr. Tabaré Vázquez, según lo informa el Diario *El País* 22 de diciembre de 2004 en un artículo titulado Vázquez transmitió a su bancada que debe haber *referéndum* sobre aborto se indica que Tabaré Vázquez, hizo saber a sus senadores y diputados que es partidario de resolver la despenalización del aborto mediante una consulta popular.

A pesar de las anteriores declaraciones, Vázquez dijo a *La República* el día 15 de abril de 2005 a la salida de un almuerzo con el arzobispo Nicolás Cotugno que vetaría una ley que legalice el aborto.

El diario *Ultimas Noticias* del 5 de Abril del 2005 anuncia este titular refiriéndose a las muertes maternas por causa de abortos riesgosos desde el año 2004:

“[...] El ginecólogo Leonel Briozzo impulsor de la iniciativa, dijo a *Ultimas Noticias*

⁴⁶ Ver Anexo V.

⁴⁷ Ver Anexo VI.

que se evalúa positivamente las estadísticas porque “comprueban que la consulta pre y posaborto evitan la muerte materna”.⁴⁸

En el 2006 se presentó el sexto proyecto: *Proyecto de Ley en defensa de la salud sexual y reproductiva*⁴⁹ Éste constituía una reformulación del proyecto anterior y fue presentado por la Senadora Mónica Xavier en Comisión de Salud de la Cámara de Senadores. Habilitaba la despenalización del aborto hasta las primeras 12 semanas de embarazo, siendo suficiente que la mujer comunique ante el médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción (situaciones de penuria económica, sociales, familiares o étareas), que considere le impidan continuar con el embarazo en curso. Se hacía énfasis en el Estado como garante de las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Para ello deberían promoverse políticas, programas y servicios para desarrollarlos. Este proyecto también iba dirigido a prevenir la morbilidad materna, a promover el parto humanizado y a garantizar el acceso a métodos anticonceptivos con el fin de lograr una maternidad y paternidad responsables. Para esto el proyecto responsabilizaba al Ministerio de Salud Pública. En cuanto al tiempo, lugar y condiciones para la interrupción de un embarazo se asemejaba a los proyectos de ley presentados en el 1998 y 2002. El proyecto fue aprobado por ambas Cámaras, sin embargo fue vetado por el actual presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez y no se logró levantar el veto.

De forma anticipada a la presentación de dicho proyecto, los Movimientos Feministas se hicieron notar fuera del Palacio Legislativo con pancartas y tallos de perejil, como una forma simbólica de recordarles a los legisladores el compromiso que tienen con las mujeres, según se expresa en *La República* el 5 de mayo de 2005.

También los grupos Pro Vida, según lo explica *El País* con fecha 26 de marzo de 2006

“Realizaran actos en contra del aborto todos los meses” La Mesa de Coordinación Nacional por la Vida anunció ayer que sus integrantes se concentrarán los días 25 de cada mes a las 17 horas en la Plaza de la Bandera para manifestar su apoyo “a la vida”, como forma de contrarrestar lo que considera que es una campaña de distintos sectores políticos y sociales para aprobar la despenalización del aborto”

⁴⁸ P. 10.

⁴⁹ La iniciativa fue impulsada por Susana Dalmás, Margarita Percovich, Mónica Xavier, Alberto Couriel, José Korzeniak, Eduardo Lorier, Rafael Michelini, Leonardo Nicolini, Eduardo Ríos, Enrique Rubio, Jorge Saravia y Victor Vaillant. Ver Anexo VI.

En Julio de 2007 la Comisión de Salud Pública del Senado resolvió consultar a Catedráticos de Ginecología, así como de Medicina Legal, sobre su postura frente al proyecto de salud sexual y reproductiva y en particular sobre el artículo que despenaliza el aborto. Se lee en el diario *La República* del 25 de Julio la confirmación del respaldo médico al *Proyecto de Ley en defensa de la salud sexual y reproductiva que legaliza el aborto*:

“Las cátedras de Ginecología y Obstetricia y de Medicina Legal de la Facultad de Medicina respaldaron la despenalización del aborto prevista en el proyecto de ley de salud sexual y reproductiva a estudio del Senado.

“La mayoría de los médicos compartimos el contenido del proyecto de ley en relación al aborto”, dijo ante los senadores de la comisión de Salud Pública el médico Justo Alonso, Profesor Grado 5, catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina y ex presidente de la Sociedad Ginecológica del Uruguay.

Este profesional respaldó el texto que impulsan las senadoras oficialista Mónica Xavier y Margarita Percovich, entre otros legisladores del Frente Amplio.

“Muchas veces, por salvar la vida de una mujer, como, por ejemplo, suele ocurrir por una complicación médica del embarazo que ponga en riesgo su vida, tenemos que interrumpir el embarazo. Y según la ley vigente, estamos cometiendo un delito. En este sentido, nos sentimos un poco desprotegidos porque, si bien se evalúa como una eximente, siempre queda librado a la decisión del juez”, dijo Alonso, según consta en las actas de la comisión.”⁵⁰

En este capítulo se estudió lo referido a la legislación uruguaya en lo que respecta al aborto, el Código Penal de 1934 y los proyectos de ley que pretendían la despenalización del aborto presentados al Parlamento entre 1985 y 2006. Paralelo a esto fue apareciendo la figura del cuarto agente identificado a través de los medios de prensa escrita: los legisladores.

⁵⁰ P. 5.

REFLEXIONES FINALES

Desde la recuperación de la democracia en el país (1985) el debate social y parlamentario sobre la despenalización del aborto adquiere densidad e intensidad. El hecho de que se hayan presentado seis proyectos de ley al parlamento en los últimos veintitrés años daría cuenta del interés de algunos agentes por adecuar la norma regente desde 1938 a la realidad social actual y acompañar el proceso de profundización de la vida democrática en el país. A pesar de los resultados infructuosos por modificar el marco legal el debate social sobre aborto sigue latente registrándose períodos de mayor presencia que otros en la agenda pública. De los seis proyectos elevados al Parlamento uruguayo, los tres últimos no reducen el enfoque a la cuestión del aborto puesto que amplían sus propuestas a todo el campo de la salud sexual y reproductiva.

Se planteó desde el comienzo que el interés por estudiar el tema se relacionaba con el dato que proporciona la Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto en un informe realizado en el año 2009, de que hasta el año 2003 el aborto realizado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay. Se considera que uno de los factores que pueden haber incidido de forma favorable a esto esté asociado a lo que fue la implementación de las *Iniciativas Médicas contra el Aborto Inseguro* que se comenzaron a ejecutar aún antes de ser aprobadas.

El campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Uruguay adquirió especial visibilidad a partir de las Conferencias Internacionales de la Organización de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing, 1995). Es a partir del impacto de estas conferencias y de las acciones de organizaciones de mujeres que el Estado Uruguayo comienza a asumir paulatinamente la responsabilidad de definir políticas públicas sobre la Salud Sexual y Reproductiva de la población. El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos convierte la responsabilidad reproductiva que es del orden de lo privado y personal en materia de sexualidad y reproducción en decisiones sociales y políticas.

Los saberes que la medicina ha alcanzado en sus desarrollos modernos arrojan por resultados, según estudios de Foucault, todo un conjunto de tecnologías de control de la vida biológica de las poblaciones que no se produce tan sólo por el pensamiento sino por el

cuerpo. Es lo que conduce a afirmar que el cuerpo es un espacio de "realidad bio-política y la medicina es una estrategia Bio-política". Se acompaña de ese modo la tesis de Foucault en cuanto a que la medicina es uno de los modos fundamentales de control social sobre los individuos. Se suma a este contexto el hecho de que la medicina produce riqueza en la medida en que la salud se convirtió en objeto de consumo de importancia económica para el mercado.

Por los medios de prensa se pudo visualizar que las estrategias de la Iglesia Católica han consistido en promover el voto a quienes no están a favor del aborto y en incitar a la excomunión de las mujeres que deciden realizarse un aborto. Por los mismos medios se sabe que los movimientos feministas pro-aborto promueven y defienden la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género.

En lo referente a la Iglesia Católica surge la interrogante de cuánto ha influido la misma para que hasta el momento no se haya logrado despenalizar la práctica del aborto, a pesar de los diferentes proyectos de ley presentados al parlamento. Queda esta cuestión planteada para futuros estudios.

Se comparte con Sapriza la idea de que una buena estrategia en lo que refiere a la eficiencia de la legislación actual en torno al aborto podría constituirlo el hecho de contar con los mecanismos para que las causales previstas por la ley puedan contemplarse para la realización de abortos en el sistema de salud público y privado.

Por último es necesario mencionar el hecho del veto del último proyecto de ley que propone despenalizar el aborto por parte del presidente de la república doctor en medicina Tabaré Vázquez. Vetar un proyecto que presenta mayoría parlamentaria, si bien es un recurso constitucional, sin embargo adquiere una faceta antidemocrática cuando se trata de que el poder ejecutivo opte por sus convicciones personales para decidir sobre cuestiones que atañen a toda la sociedad, principalmente a las mujeres.

Si bien es posible ahondar en muchos aspectos relacionados al campo de la salud sexual y reproductiva y al aborto, en este estudio se realizó un sesgo de lo que han sido las posturas de los principales agentes identificados en torno al tema, haciendo especial énfasis en cómo se ha dado el proceso de *medicalización* en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

A.A.V.V. *La medicalización de la sociedad*. Nordan Ed., Montevideo, 1993.

Aguirre, Rosario. *Sociología y Género. Las relaciones entre hombre y mujeres bajo sospecha*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Doble clic Soluciones Editoriales, Montevideo, 1998.

Abracinskas, Lilian y López Gómez, Alejandra. *Análisis Feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática*. En <http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/publicaciones/articulo2.pdf>

Barrán, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo I. *El poder de curar*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1992.

Bourdieu, P. y Wacquant, Loïc J. D. *Respuestas Por una antropología reflexiva*. Grijalbo. 1995.

Bourdieu, P y Wacquant, Loïc. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires, Argentina, 2005.

Bourdieu, Pierre. *El sentido práctico*. Ediciones Taurus humanidades. Versión castellana de Álvaro Pazos, revisada por Marie-José Devillard. 1991.

Bourdieu, Pierre. *Razones prácticas*. Sobre la teoría de la acción. Anagrama Colección Argumentos. Barcelona, 1997.

Bourdieu, Pierre. *Sociología y cultura*. Edición Grijalbo. Ficha de la biblioteca. Págs. De 55 a 115.

Cuaderno de Divulgación sobre derechos sexuales y reproductivos. Época 1, número 5. Montevideo. 24 de Setiembre de 2007.

Echeveste, L. y Mitjavila, M. *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, 1992.

Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad I. La Voluntad del Saber*. Siglo XXI Ed. México, 1977.

----- *Historia de la sexualidad III. La Inquietud de sí*. Siglo XXI Ed. México, 1987.

-----“Historia de la medicalización”. En *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Altamira Ed. Bs. As, 1992.

Geymonat, Roger (Compilador). *Las Religiones en el Uruguay. Algunas aproximaciones*. Ediciones La Gotera. Montevideo, Julio de 2004.

Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Aborto sin riesgos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.

Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Chile, 2005.

López Gómez, Alejandra. *Génesis y desarrollo de una nueva política de salud reproductiva. El caso de Uruguay*. En curso “Adaptándose al Cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del Sector Salud.” Yucatán, Mérida, México. Ponencia en noviembre de 2004. www.mysu.org.uy.

Mitjavila, M. *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N°33. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, setiembre de 1998.

Montecino, Sonia y Rebolledo, Loreto. *Conceptos de Género y Desarrollo Serie Apuntes Docentes*. PIEG. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, 1996.

Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Tendencias e interrelaciones – una revisión. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe. México, 2005.

Rostagnol, Susana. “Género y división sexual del trabajo. El caso de la industria de la vestimenta en Uruguay” en *Mujer y Sociedad en América Latina*. Compiladora M. del C. Feijoó. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Argentina, Buenos Aires, 1991.

Sanseviero, Rafael. *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz. Universidad para la Paz. Uruguay, 2000.

Sapriza, Graciela. La penalización del aborto a la luz de la eugenesia. Uruguay (1934-1938). En *Fragmentos de Cultura*. Instituto de filosofía e teología de Goias/ sociedad de Goiania de cultura/Universidades Católica de Goiás. Vol. 12 nº6. Nov/Dic – 2002: Editora UCG.

Turenne, Augusto. La Maternidad Consciente. Un problema de Obstetricia social. Procreación voluntaria en la Mujer. Conferencia pronunciada en el Sindicato Médico del Uruguay. Julio de 1929. Montevideo.

Villegas, Juan; Coolighan Sanguinetti, María Luisa y Arteaga, Juan José. *La Iglesia en el Uruguay*. Cuadernos de Itu 4. Libro conmemorativo en el primer centenario de la erección del obispado de Montevideo. Primero en el Uruguay 1878-1978. Instituto Teológico del Uruguay, 1978.

Fuentes Documentales

Ley N° 9763

Proyecto de ley: *Aborto practicado con consentimiento de la mujer* – 1985.

Proyecto de ley: *Penalización de actos que afecten los derechos de la Mujer* – 1991.

Proyecto de ley: *Aborto Voluntario* – 1993.

Proyecto de ley: *Interrupción voluntaria del embarazo* – 1998.

Proyecto de ley: *Ley de defensa de la Salud Reproductiva* – 2002.

Proyecto de ley: *Proyecto de ley en defensa de la salud sexual y reproductiva*- 2006.

Documentos elaborados en *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* realizada en El Cairo en 1994 y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994.

Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 al 15 de setiembre de 1995.

Material de prensa escrita proporcionado por la Sección “Diarios” del Anexo al Palacio Legislativo.

<http://www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf>

Página web de la Intendencia Municipal de Montevideo, área servicios/salud/mujer

<http://www.chasque.net/frontpage/comision/03docu016b.htm>

http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap2_1.htm

Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto. Informe 2009.

<http://www.smu.org.uy/sindicales/resoluciones/ce/ce-040428.htm>

<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/analisiscontexto.pdf>