

# Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción

*Dr. Leonel Briozzo<sup>1</sup>*

## Resumen

*Se aborda el problema del aborto provocado en condiciones de riesgo desde cinco perspectivas: la perspectiva biológica, la perspectiva sanitaria, la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la perspectiva legal y, por último, la perspectiva bioética. Se sugiere un abordaje pragmático y con evidencias científicas para este complejo problema. Se critica las actitudes dogmáticas que tratan de imponer sus puntos de vista en una sociedad democrática como la uruguaya. Se plantea la necesidad de soluciones que van desde actividades sanitarias concretas expresadas en las “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” hasta los cambios legislativos hoy en debate en nuestro país que buscan un doble objetivo: disminuir el número de muertes maternas y disminuir el número de abortos provocados.*

**Palabras clave:** *ABORTO INDUCIDO.  
MORTALIDAD MATERNA.  
DERECHOS DE LA MUJER.*

## Introducción

El aborto provocado en condiciones de riesgo es el principal problema en la salud materna en Uruguay<sup>(1)</sup>. El abordaje del tema implica cuestiones de fondo como el principio de la vida humana, los derechos sexuales y reproductivos, la justicia social. Estos se reflejan en un problema bioético para los médicos y el equipo de salud; el problema biológico por la complejidad de discernir cuándo se

inicia la vida humana y con ello las implicancias de la práctica del aborto en sí, el problema jurídico de regulación legal al respecto. Pero también lo es por cuestiones más concretas que hacen a la vida de la comunidad. Entre ellas el de ser un grave problema sanitario, un problema serio en cuanto a su resolución política, un fenomenal negocio por la clandestinidad-corrupción que lleva implícito.

El aborto provocado es, entonces, un tema donde se reflejan de manera dramática la injusticia, la vulnerabilidad y la violencia ejercidas sobre la mujer desde su entorno y de toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena de carencias y de fallas desde lo educativo, de acceso a los servicios sanitarios de calidad y de presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad.

Lamentablemente, hoy día predominan en el debate social los enfoques parciales, la intolerancia dogmática y la desinformación funcional con respecto a estas posiciones. Se conforman así compartimientos estancos de posiciones que hacen imposible la síntesis.

1. Médico Ginecotocólogo.

Profesor Adjunto Clínica Ginecotológica “A” Prof. Dr. José E. Pons.

Facultad de Medicina – Universidad de la República.  
Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**Correspondencia:**

Recibido: 7/4/03.

Aceptado: 17/10/03.

En este aporte analizaremos los cinco tópicos en los cuales pensamos puede agruparse prácticamente la totalidad de los contenidos relacionados al aborto provocado: la perspectiva biológica, la sanitaria, la de los derechos sexuales y reproductivos, la jurídica y la bioética. Luego se evalúa sucintamente lo que se ha logrado con las “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” y plantaremos lo que creemos puedan ser los caminos hacia una síntesis posible que se exprese en un imprescindible cambio legislativo.

### La perspectiva biológica: la cuestión inicio de la vida humana

Instintivamente todos los seres humanos “necesitamos” definir el momento cuándo algo comienza y cuándo termina. Lamentablemente, cuanto más complejos son los procesos objeto de estudio más difícil se torna definir puntualmente estos momentos<sup>(2)</sup>. En el caso del comienzo y el final de la vida humana este es el tema.

La conformación de un nuevo genoma establece una “ruta predeterminada” de desarrollo y crecimiento de un nuevo ser vivo<sup>(3)</sup>, pero no determina que siempre llegue al destino de un nuevo ser humano. Según la indemnidad del genoma y los estímulos intrínsecos y extrínsecos a los que esté sometido, su expresión puede conducir a resultados tan variados desde un feto normal hasta un cáncer. Esto ha llevado a afirmar que la identidad genética no es lo mismo que la identidad individual. El hecho que puedan surgir nuevos individuos sin discontinuidad genética así lo certifica<sup>(4)</sup>. El ejemplo típico es la implantación de un huevo fecundado y el desarrollo de dos o más embriones. En este sentido, parece evidente que la sola presencia de un nuevo genoma no indica por sí y ante sí la condición de ser humano<sup>(5)</sup>.

Tomando la totalidad de los nuevos genomas que se generan debemos tener en cuenta que la inmensa mayoría –75%– se elimina por diferentes alteraciones morfofuncionales del embrión. El restante 25% podrá en la mayoría de los casos dar origen a un ser humano, aunque también puede ser más de uno. Un número no despreciable se transformará en seres vivos muy alejados de la normalidad, fundamentalmente por enfermedades embrio-fetales (huevo muerto y retenido, por ejemplo), sin olvidar la conformación de un nuevo ser sin posibilidad de mantener una vida extrauterina autónoma como son los fetos acráneos, fetos anencéfalos, fetos acardios. Por último, en las antípodas de lo que podríamos llamar vida humana, el nuevo genoma puede dar lugar a una mola hidatidiforme o a un coriocarcinoma, enfermedades malignas frecuentemente mortales para la madre.

En el desarrollo de nuestra especie así como en el desarrollo de cada uno de nosotros como individuos, las

características que nos hacen humanos se van logrando en el transcurso del tiempo y no se consiguen por generación espontánea.

Así la vida en general y la vida humana en particular no son sinónimos.

Vida desde el punto de vista biológico se puede definir como el estado de existencia caracterizado por un metabolismo activo e independiente<sup>(6)</sup>.

Para definir vida humana debemos buscar las características propias de nuestra especie. Esta característica diferencial de nuestra especie es, sin dudar, el pensamiento. Como dice Carl Sagan, “somos capaces de reflexionar, de imaginar acontecimientos que todavía no han sucedido, de concebir cosas. Así fue como inventamos la agricultura y la civilización. El pensamiento es nuestra bendición y nuestra maldición y nos hace ser lo que somos”<sup>(2)</sup>. Para que exista pensamiento debe existir la base morfofuncional que haga posible su desarrollo y esta viene dada por el funcionamiento del cerebro humano. Obviamente, este cambio cualitativo es extremadamente difícil de precisar.

En base al criterio más estricto en cuanto a considerar con mayor precocidad el desarrollo del cerebro, se puede plantear que debe existir una dotación neuronal propia de la especie de aproximadamente 100.000 neuronas y que deben existir en el desarrollo la base de sus conexiones que posibilitan que el cerebro desarrolle sus funciones, es decir la estructuración de las sinapsis. Esto se puede afirmar que existe en la etapa de evolución del desarrollo del mesencéfalo coincidente con las 10 semanas de gestación. A su vez se debe considerar el inicio de la actividad cerebral, algo muy difícil de precisar, pero pensamos que no es planteable antes de las 12 semanas de edad gestacional.

Podríamos concluir entonces que el cigoto tiene “lo necesario” pero no “lo suficiente” para convertirse en un ser humano, en un embrión-feto de nuestra especie y que en esta medida antes de la existencia de la base morfofuncional para el desarrollo del pensamiento, en términos biológicos, nos encontraríamos en presencia de una vida humana “en potencia”, pero no de una vida humana ya desarrollada.

Los problemas al definir el inicio de la vida también se dan al definir el final de la misma. Así se ha planteado una teoría denominada de “simetría”<sup>(7,8)</sup>, la cual equipara etapas de estructuración cada vez más complejas que desde el inicio serían las de una “vida biológica” a un nivel funcional celular y tisular. Existiría la vida como un estado de metabolismo activo. Esta etapa se continuaría con la de “vida vegetativa”, en la cual se desarrollan los sistemas básicos, fundamentalmente el cardiovascular. Por último, la etapa de mayor complejidad, la de la denominada “vida humana”, en la cual existirían las condiciones morfofun-

cionales para el desarrollo de la actividad consciente. En términos prácticos cada etapa estaría signada por eventos claros: la primera con la aparición de las primeras células, la segunda con el comienzo de la actividad cardíaca y la tercera con el desarrollo del sistema nervioso central. Por otro lado, cada una de estas etapas al inicio de la vida tendría su paralelismo en el final de la misma en que se invierte la secuencia de eventos. Así lo primero que signaría este proceso de declinar progresivo sería la falta de la actividad cerebral, en segundo lugar la falta de la función cardiovascular y, por último, la etapa de muerte celular.

Podríamos decir que la vida humana comienza cuando el embrión de nuestra especie, desarrollado morfológica y funcionalmente y con una base neurofisiológica que lo habilita para el futuro desarrollo del pensamiento, se encuentra transitando inequívocamente, de acuerdo a un programa genético predeterminado y activado por agentes endógenos y exógenos, el proceso hacia la conformación de un embrión-feto y posteriormente recién nacido viable.

La inexistencia de una visión única en la sociedad y la falta de evidencias contundentes sobre cuál es el momento del inicio de la vida nos obligan a ser extremadamente tolerantes de la diversidad y en el marco de este respeto continuar mejorando los aportes y las evidencias científicas para este debate que probablemente acompañe por mucho tiempo más a nuestra especie.

### **La perspectiva sanitaria. El aborto en condiciones de riesgo: un problema sanitario y de justicia social**

Para analizar la perspectiva sanitaria del aborto provocado es necesario diferenciar dicha práctica de acuerdo al estatus jurídico que tenga en los diferentes países.

El aborto provocado como práctica en condiciones sanitarias seguras, como se da en los países donde esta práctica es legal, muy raramente causa morbilidad materna<sup>(9-11)</sup>. En ellos existe menos riesgo en la práctica de un aborto seguro que en el desarrollo del embarazo y parto e inclusive tan seguro, se dice, como una inyección de penicilina<sup>(12)</sup>. En la actualidad en los países que han despenalizado la práctica del aborto la mayoría de estos procedimientos se realiza de manera farmacológica. Existen varios fármacos que administrados por vía oral producen primero la muerte del embrión y luego contracciones uterinas que producen el aborto de manera segura, privada e indolora<sup>(13-23)</sup>.

En contraposición a esta situación, aborto provocado en condiciones de riesgo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones

de seguridad médicas, o ambos”<sup>(24)</sup>, es un problema de salud básicamente en los países donde esta práctica es penalizada.

La magnitud del problema viene dada por la alta incidencia de esta práctica.

Se calcula que por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, se practican 30 abortos inseguros solamente en la región de América Latina y el Caribe<sup>(25)</sup>.

La mayoría de los abortos en condiciones de riesgo son solicitados por mujeres en pareja entre los 20 y 30 años que ya tienen hijos<sup>(26)</sup>. Por otro lado, son las adolescentes las que tienen menor apoyo social, mayores dudas y menor capacidad económica, tardan más tiempo en darse cuenta del embarazo y al interrumpirlo están expuestas a las mayores complicaciones<sup>(27)</sup>.

En Uruguay se calcula que se producen 33.000 abortos provocados anualmente, lo que equivaldría a unos 90 abortos por día. Esto plantea que en Uruguay, 4 de cada 10 embarazos terminarían en un aborto provocado. La tasa de 34 abortos cada 100 nacidos vivos colocaría a Uruguay en el lugar duodécimo del mundo en cuanto a la prevalencia del aborto provocado<sup>(28)</sup>.

La gravedad de esta problemática viene dada por la altísima morbilidad que provoca. Ésta explica a nivel mundial 13% de las muertes maternas (aquellas muertes que acontecen durante el embarazo, parto y puerperio) y en América Latina trepa a 21%<sup>(29)</sup>.

Esta situación es particularmente dramática en los países que, como Uruguay, disponen de un sistema de atención sanitario que intenta dar una buena cobertura de atención materno fetal y perinatal, pero que excluye específicamente de su normativa la atención preventiva y de las complicaciones del aborto provocado.

En nuestro país en el último decenio la muerte materna por aborto provocado constituyó 27% del total, lo que la ubica en el primer lugar como causa aislada de mortalidad materna y probablemente posiciona a Uruguay en el primer lugar en el mundo por mortalidad materna por esta causa<sup>(1)</sup>. Cuando una mujer muere, su familia y su comunidad sufren una considerable pérdida: las familias pierden su contribución en el manejo del hogar, la economía pierde su contribución productiva, los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen<sup>(30)</sup>. Se calcula que por cada muerte materna promedialmente quedan cuatro niños huérfanos, lo que trunca los proyectos de desarrollo y las perspectivas de futuro de estas niñas y niños<sup>(31)</sup>.

La mortalidad es un emergente de la gran morbilidad de esta práctica. Se calcula que cada día por lo menos unas 2.190 mujeres y adolescentes son hospitalizadas en la región debido a abortos inseguros<sup>(32)</sup>.

También es importante el impacto económico. Los gas-

tos en tiempo de internación, personal para atención, medicamentos, transfusiones, etcétera, son cuantiosos. La cirugía radical indicada en los casos de sepsis posaborto constituye una cirugía mutilante con graves secuelas y complicaciones.

A lo interno de los países con alta tasa de mortalidad por aborto también existen grandes diferencias. Las mujeres con medios económicos que desean interrumpir su embarazo, aun en la ilegalidad, disponen en estos países de condiciones de mayor seguridad para la práctica del aborto, mientras que las que no cuentan con estos recursos tendrán que recurrir a prácticas extremadamente peligrosas ya sea en “clínicas clandestinas” sin las mínimas condiciones, ya sea autoinfringiéndose maniobras (modalidad frecuente en tiempos de crisis económica), ya sea ejecutando maniobras con la ayuda de terceros. En todos los casos los procedimientos de muy mala calidad técnica no dispondrán de ninguna calidad humana, faltará la consejería y el seguimiento agravando así la situación. La ilegalidad impide a estas mujeres la posibilidad de demandar por negligencia o abuso a los “proveedores” de estos servicios.

Esta situación ha sido estudiada en todo el mundo. En nuestro país el riesgo de morir a consecuencia de las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo es significativamente mayor en la población asistida en el subsector público, representado por el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con respecto al resto del país<sup>(33)</sup>, así el riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio es 2,64 veces mayor en las usuarias del CHPR con respecto al resto del país. Este riesgo se incrementa a 3,34 veces más cuando se trata de un aborto provocado en condiciones de riesgo. Otra forma de establecer la gravedad del problema es a través del cálculo de un indicador sanitario denominado años de vida potencialmente perdidos (AVPP), que compara la importancia relativa de las diferentes causas de defunción en base a la edad en que se producen las muertes en una población. Es un indicador de mortalidad prematura. La mortalidad en Uruguay por “aborto en condiciones de riesgo” para el período 1996-2001 es la primera causa de muerte prematura en las mujeres de escasos recursos (población que se asiste en el CHPR) con un valor de AVPP de 41,91 años, muy superior a la segunda causa de muerte prematura para la población general, los accidentes, con un valor de AVPP de 29,3 años. Para su cálculo se tomó la expectativa de vida correspondiente al año 1971 con un valor de 72,41 años y la edad promedio de las muertes ocurridas por esta causa en el CHPR en el período comprendido entre los años 1996 a 2001, 30,5 años.

Son las mujeres más desposeídas, de los países con legislación restrictiva, las que realmente arriesgan su vida en la práctica del aborto. Estas mujeres sufren una

sumatoria de exclusiones: exclusión geopolítica, por vivir en países donde esta práctica es de riesgo; exclusión socioeconómica, por ser las mujeres más pobres, en fin, exclusión de género ya que en esos países es donde es mayor la desigualdad entre el género masculino y femenino.

Por todo ello el aborto provocado constituye sin lugar a dudas un grave problema de justicia social.

### **La perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. La falta de alternativa frente al embarazo no deseado como una violación de los derechos humanos**

El doctor Aníbal Faundes<sup>(34)</sup> afirma que toda enfermedad tiene una causa, y la causa de los abortos provocados en condiciones de riesgo no es otra que la existencia de los embarazos no deseados. La mayoría de las veces las mujeres no deciden cuándo quedar embarazadas. La falla de los métodos anticonceptivos, la violencia sexual, el rechazo de la familia, del compañero, la persecución laboral que genera un embarazo (sobre todo en las mujeres más desposeídas), así como la falta real de posibilidades de alternativas como ayuda económica, casas cuna, etcétera, hace que muchas mujeres opten por el aborto provocado, y cuando estas mujeres son de un medio socioeconómico deficitario, arriesgarán sus vidas en el intento.

El concepto central desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos es el reconocer que una mujer que se encuentra embarazada sin desearlo, cuando ese embarazo es fruto de la violencia que directa o indirectamente ha ejercido un individuo, un colectivo o bien la sociedad, esa mujer tiene el derecho de interrumpir su embarazo en determinadas condiciones. El embarazo es un hecho biológico, pero también es un hecho social, y si éste acontece en un momento en donde para la mujer se contraponen a su proyecto vital (perspectivas individuales, pareja, familia, trabajo, y un largo etcétera) es claro que la mujer vive ese embarazo como ajeno, como no propio y por lo tanto es comprensible su voluntad, indeclinable por cierto, de interrumpirlo<sup>(35)</sup>. Estudios de opinión médica llevados adelante en Brasil, informados por Faundes<sup>(34)</sup>, indican que la comprensión de esta situación es más clara cuanto más cerca el profesional se encuentra de la mujer involucrada y más crítico cuanto más abstracto se vea el problema.

La defensa y promoción de la salud reproductiva entendida como “el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” y expresada por los derechos sexuales y reproductivos constituye un desafío para toda la comunidad y dentro de ella en

especial para los médicos y particularmente para los ginecólogos.

Los derechos sexuales y reproductivos, como parte integral de los derechos humanos, implican sumariamente<sup>(36)</sup>:

- El ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.
- El control individual de su propia fertilidad.
- Una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedad y embarazo no deseado.
- La interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico.
- La disponibilidad de servicios para el ejercicio de esos derechos.
- La información sobre sus derechos y los servicios que los aseguren.

Cada vez son más los pronunciamientos a favor de la aplicación de los derechos que estamos analizando, y en particular al derecho de interrupción del embarazo en determinadas condiciones.

Así la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha formulado las siguientes sugerencias en las "Recomendaciones relativas al aborto provocado por razones no médicas" que transcribimos<sup>(37)</sup>:

1. Los gobiernos y demás organizaciones interesadas deben esforzarse en propugnar los derechos, grado de protagonismo social y salud de la mujer, y deben intentar prevenir los embarazos no deseados mediante la educación (incluido lo relativo a cuestiones sexuales), consejería y asesoramiento, difundiendo información fiable y servicios de planificación familiar, así como creando métodos anticonceptivos más eficaces. El aborto nunca debería promoverse como método de planificación familiar.
2. Las mujeres tienen derecho a elegir entre reproducirse o no, y en consecuencia acceso a métodos legales de contracepción, seguros, eficaces, aceptables y a precio asequible.
3. A condición de que se haya seguido el proceso de obtención de un consentimiento apoyado en suficiente información, el derecho de la mujer a su autonomía, combinado con la necesidad de prevenir el aborto exento de seguridad, justifican la provisión de abortos en condiciones de seguridad.
4. La mayor parte del público, comprendidos los médicos, prefiere evitar la interrupción del embarazo y lamentan juzgar qué es lo mejor que puede hacerse, dadas las circunstancias de la mujer. Algunos médicos son del parecer de que el aborto no puede permitirse bajo ninguna circunstancia. El respeto a la autonomía de estos últimos significa que no se debe esperar que ningún médico (u otras personas pertenecientes a los equipos médicos) aconseje o practique aborto contra

sus convicciones personales. Su carrera profesional no debería verse perjudicada por este motivo. No obstante, cabrá a estos médicos la obligación de referir a las mujeres a colegas suyos que, en principio, no se opongan a la interrupción del embarazo.

5. Ni la sociedad ni los miembros de los equipos de salud responsables de asesorar a las mujeres tendrán derecho a imponer sus criterios religiosos o culturales relativos al aborto sobre las personas cuyas actitudes difieran de las suyas. El asesoramiento deberá incluir información objetiva.
6. Es muy importante que el asesoramiento a menores se realice con todo esmero. Cuando los menores sean competentes para otorgar un consentimiento una vez que estén bien informados, deberán respetarse sus deseos. Cuando no se les juzgue competentes, deberá considerarse el asesoramiento a los padres o tutores, o a los tribunales, cuando así corresponda, antes de interrumpir el embarazo.
7. La interrupción del embarazo por razones no médicas es mejor suministrado por servicios sin ánimo de lucro. Después de un aborto, se deberá proveer siempre consejería sobre el control de la fertilidad.
8. En resumen, el comité recomendó que, tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.

#### **La perspectiva legal. Las leyes restrictivas: aumentan la morbimortalidad materna sin disminuir el número de abortos**

Sólo 26% de la población mundial, que corresponde a 74 países, habita en Estados donde no hay acceso a la interrupción del embarazo de manera segura<sup>(38)</sup>.

De la población mundial, 74% vive en países donde el aborto provocado es, con diferencias, permitido. De este porcentaje se subdividen tres grupos: el primero corresponde a 12% (53 países) que tienen una legislación restrictiva y sólo en casos muy seleccionados lo permiten. El segundo grupo corresponde a 20% (14 países), que es bastante liberal en cuanto a la interrupción del embarazo pero siempre fundamentando causales. Por último, existe un grupo de países con legislación absolutamente liberal, corresponde a 42% de la población mundial (50 países), donde no importan las causales y la interrupción puede darse solo con algunas limitaciones cronológicas<sup>(39)</sup>.

Como dijimos antes, las complicaciones del aborto provocado son desconocidas en los países centrales y en general en aquellos donde la práctica es legal<sup>(38)</sup>.

La mortalidad por complicaciones del aborto provoca-

do es patrimonio de los países donde esta práctica es ilegal<sup>(40)</sup>. Es más, cuanto más restrictiva es la práctica del aborto más posibilidades de complicaciones y muerte existen. Con solo observar el mapa del mundo se puede ver que existe una superposición entre los países con mayor mortalidad materna y aquellos con legislación restrictiva, salvo excepciones como nuestro país<sup>(9)</sup>.

Desde el punto de vista histórico es conveniente recordar que estos cambios en la legislación comenzaron a desarrollarse en el continente europeo, a mediados del siglo pasado, una vez finalizada la segunda guerra mundial. Con anterioridad a esta época, salvo excepciones, el aborto era severamente penado y perseguido por regímenes antagónicos aunque dictatoriales, como el de Stalin, por un lado, y el de Hitler, por otro.

Existen ejemplos paradigmáticos donde el cambio en la legislación repercutió de manera directa e inmediata en la tasa de mortalidad materna. Tal es el caso de Rumania, antes de 1966 con una legislación liberal la tasa de mortalidad materna se ubicaba en 70/10.000 recién nacidos vivos. Con el advenimiento del régimen de Ceausescu y la legislación restrictiva esta tasa se duplicó llegando a 170/10.000 recién nacidos vivos. Con el derrocamiento del dictador y la introducción de leyes más liberales en el año 1989, la tasa disminuyó notoriamente hasta niveles por debajo de 30/10.000 recién nacidos vivos<sup>(41)</sup>. Recientemente, el cambio del estatus jurídico del aborto en Suiza, en el año 2001, en el cual se liberalizó la práctica del mismo, no aumentó ni disminuyó en nada la tasa de abortos provocados, extremadamente baja, que tenía de 7,5 cada 1.000 mujeres en edad genital activa. Esto se debe a que cuando, como en este país, existe educación sexual y reproductiva además de una gran disponibilidad y accesibilidad a métodos anticonceptivos el cambio de la ley no va a aumentar el número de abortos.

Además de la morbimortalidad materna se debe considerar el número de abortos que se realizan con respecto a las diferentes legislaciones. El tema no es menor si partimos de la base que el aborto nunca será considerado un método de planificación familiar como lo afirman la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994<sup>(42)</sup> y la cuarta conferencia sobre la mujer en Beijing en 1995, además de múltiples comunicaciones al respecto de este tema.

Es interesante señalar que, al contrario de lo que podría pensarse, la introducción de legislaciones liberales, que se acompañan de cambios en el sistema de atención integral de la mujer, tiene un efecto de disminución en el número de abortos como son los casos de Francia e Italia<sup>(43)</sup>. Nuevamente hay un ejemplo paradigmático que es Holanda; este país con una legislación liberal con respecto a la interrupción del embarazo y con una amplia política de promoción de los derechos humanos y reproductivos,

con un fuerte énfasis en la planificación familiar, constituye el país con menor tasa de abortos provocados con 5,5 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva<sup>(44)</sup>. En nuestra región, Canadá con 12/1.000 y Estados Unidos (todas las mujeres) con 28/1.000, corresponden a países con tasas bajas. En contraposición, estas tasas son diez veces mayores en algunos países con ilegalidad con respecto al aborto, como el caso de Perú con 52/1.000 mujeres en edad reproductiva<sup>(24)</sup>, Colombia con 34/1.000, República Dominicana con 44/1.000, Chile con 45/1.000<sup>(45)</sup>.

Es de hacer notar que en la región existen dos ejemplos que en el marco de la legalidad tienen tasas altas de aborto provocado, son ellos Estados Unidos en la población negra con 66/1.000 mujeres en edad reproductiva y Cuba con 58/1.000. La falta de políticas de planificación y la eventual incorporación como un método “anticonceptivo” por falta de acceso a métodos anticonceptivos de calidad podrían ser, eventualmente, las causas de cada situación respectiva.

Vemos entonces que las leyes restrictivas no se cumplen. En nuestro país, desde hace ya tiempo, se ha planteado por parte de autoridades legales que la ley de aborto es una “ley en desuso”<sup>(46)</sup>.

En nuestra región el acuerdo más importante es la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, que se aplica directamente a nuestra legislación. En el artículo cuarto de esta convención se establece: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

Existen varias interpretaciones de lo que quiere decir “en general”. Para algunos comentaristas significa que es en todos los casos. Para otros, como el presidente de la Comisión Jurídica del Comité de Bioética de la UNESCO, el doctor Héctor Gros Espiell, tiene como objetivo “...permitir la atenuación de la afirmación absoluta que debe protegerse el derecho a la vida desde la concepción”<sup>(47)</sup>. Otros comentaristas<sup>(48)</sup>, afirman al respecto de este punto: “...el haberse incluido la palabra ‘en general’ permite flexibilizar dicho concepto, habilitándose al intérprete a legislar en casos determinados, como a vía de ejemplo, cuando esté en juego la vida de la mujer, su salud e integridad física y mental...”, “... puede llegar a extenderse aun más según los autores, incluyendo causas como motivos socioeconómicos reales”.

Por otra parte, en este polémico artículo se menciona la “concepción”, término difícil de definir. Al respecto, el diccionario de la lengua española define concepción como la “la preñez de la mujer”<sup>(49)</sup>, con lo cual hace infructuosos los intentos por darle otro significado imaginario a este término.

Como médico pienso que este artículo debe ser anali-

zado en su dimensión histórica como protector de los derechos humanos en una época en que éstos eran agredidos en gran parte de nuestra América Latina por las dictaduras militares que asolaron nuestro continente. Se buscó así por un lado proteger la vida aun antes de que exista la persona humana y, por otro lado, que cuando este proceso deba ser truncado, nunca se haga de manera banal o arbitraria sino que deberá haber fundamentos para hacerlo.

Según Faundes<sup>(34)</sup> no hay jurisprudencia de la Corte o Comisión Interamericana, de la Corte Europea de Derechos Humanos o de los Comités de Monitoreo de Naciones Unidas que prohíba el aborto provocado. Por el contrario, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha dicho, por ejemplo, que la prohibición absoluta del aborto puede constituir una violación a los derechos de la mujer, dado que conlleva abortos inseguros que se traducen en altas tasas de mortalidad materna.

En la práctica, la legislación restrictiva está asociada con altas tasas de aborto inseguro. Sin embargo, esta legislación incide más fuertemente sobre el número de muertes maternas que sobre el número de abortos<sup>(12)</sup>.

Las convenciones internacionales aplicadas a nuestra región, muy distintas a las del resto del mundo por cierto, no implican la imposibilidad de legislar para abatir este flagelo de la salud pública como es el aborto provocado, sino que, por el contrario, dejan espacio para un cambio profundo y responsable de la obsoleta, injusta e hipócrita legislación restrictiva vigente.

### **La perspectiva bioética. Cuando hacer lo mejor es evitar lo peor**

Los integrantes del equipo de atención de la salud de la mujer y particularmente los ginecólogos estamos en una situación donde el abordaje de la perspectiva bioética del problema del aborto provocado constituye una necesidad imprescindible. Esta situación de privilegio implica, por un lado, el derecho a opinar sobre una materia vivida cotidianamente en nuestra profesión y, por otro lado, el deber de que estas posiciones beneficien, antes que a nadie, a las mujeres, nuestras usuarias-pacientes y también a la comunidad.

Es evidente que las cuestiones médicas requieren respuestas médicas, pero muchas veces las cuestiones que suceden en la atención de la salud no son exclusivamente de naturaleza médica. Los valores individuales, del significado personal de la vida y de la muerte, de la equidad y justicia que no pueden ser resueltas sólo desde una perspectiva sanitaria medicalizada<sup>(50)</sup>.

La dimensión del conflicto inherente al aborto provocado viene dada por la contradicción de dos derechos: el derecho de la madre a interrumpir un embarazo no desea-

do y el derecho del embrión a crecer y desarrollarse. Como médicos ginecólogos tenemos planteada una relación con al menos dos pacientes-usuarios: madre por un lado, producto de la gestación por otro lado. Aunque con estatus jurídico-biológico distintos, ambos derechos son respetables integralmente.

Consideramos imprescindible, antes de continuar, afirmar que el aborto como interrupción de un proceso vital nunca puede ser considerado en sí mismo como bueno. La necesidad de resolver a este respecto es exigencia de un problema social que ni el Estado ni las religiones han podido solucionar.

Claramente el origen de este conflicto se encuentra en la existencia de un embarazo no deseado<sup>(51)</sup>, y la realidad es tal que mientras existan relaciones sexuales, independientemente de la utilización o no de anticoncepción, existirán embarazos no deseados y con ellos riesgos de aborto.

Hacer hincapié en la prevención del embarazo no deseado es, en el contexto en que abordamos bioéticamente el tema del aborto, una cuestión de responsabilidad. Sin embargo, este abordaje integrador no se debe confundir con el abordaje de exclusión de la anticoncepción como alternativa al aborto. Este abordaje no soluciona los problemas, no permite hacerse cargo de todos los niveles de atención de salud, en fin, mantiene la desigualdad y los riesgos.

La bioética ha de tomar en consideración los aspectos sociales, políticos, sociológicos y legales<sup>(52)</sup>. La metodología ha de permitir una razonable decisión específica y clara en cada situación determinada<sup>(53)</sup>. Trata de identificar problemas éticos subyacentes, analizar las opciones disponibles, seleccionar una entre varias alternativas y, por último, justificar dicha resolución<sup>(51)</sup>.

Analizaremos esquemáticamente los cuatro principios básicos de la bioética aplicados a esta problemática.

El principio más antiguo es el de beneficencia. En la actualidad se reconoce que quien debe decidir lo que corresponde al bien para el paciente es justamente el paciente, de modo que el criterio basado en la beneficencia mantenido desde la tradición hipocrática no se puede sostener. El paciente debe autorizarnos a actuar en su bien, y de acuerdo con lo que él, según sus preferencias y valores, considere beneficioso. Esta posición acaba con el modelo paternalista mantenido en la relación médico-paciente<sup>(50)</sup>.

A la luz de este principio es donde surge con mayor claridad el choque de derechos de nuestros “dos” pacientes: madre y producto de la concepción y la contradicción que surge es a quién se debe beneficiar.

Las diferentes posiciones se contraponen en este principio. Se pueden enumerar tres grandes visiones<sup>(54)</sup>. El criterio denominado “conservador”, que expresa que a partir del momento de la concepción el ser que se inicia

adquiere el derecho a vivir. Por eso el aborto es éticamente ilícito. El criterio denominado “liberal”, que expresa que ni el embrión ni el feto tienen derechos, es decir, carecen de estatus moral. Por lo tanto, provocar la interrupción del embarazo en cualquier momento no tiene implicaciones éticas. Por último, el llamado criterio “moderado”, para el cual el nuevo ser tiene un estatus moral progresivo, de acuerdo a su desarrollo biológico.

Dentro de este criterio moderado, tal vez más pragmático, es que muchas organizaciones profesionales y científicas de diversas disciplinas han intentado arribar a un acuerdo. Uno de los planteos que ha recibido más apoyo es el de Grobstein<sup>(55)</sup>. Este autor afirma que el embrión a partir de los días 12 a 15 de la gestación es ya un ser vivo individual y único con la potencialidad de crecer y de llegar a ser una persona. El feto desde la octava semana es un ser que dependiendo totalmente de la madre, va adquiriendo progresivamente derechos que, sin embargo, no pueden equipararse a los de la madre; que el feto al llegar a la edad gestacional, a partir de la cual podría continuar viviendo si estuviera separado de la madre, comienza desde el punto de vista médico a ser un paciente digno de recibir todos los cuidados que la medicina moderna puede brindar para permitirle sobrevivir. El límite originariamente puesto a las 26 semanas de edad gestacional es un punto polémico porque los avances actuales, y los futuros, pueden hacer descender aun más el punto de corte, como lo vivimos a diario en nuestra actividad clínica.

En función del principio de beneficencia, y buscando el criterio más radical en cuanto a la defensa de la vida humana, pienso que cuando el embrión comienza a tener la base que lo habilitara a constituirse en un nuevo ser humano (entre las 9 y 12 semanas) se convertiría en paciente y como tal en digno de cuidados médicos que posibiliten su desarrollo y crecimiento aun en el seno materno. Así entendido, el respeto a la vida debe estar presente desde el inicio mismo de la gestación mientras que la adquisición de derechos plenos como ser humano se va adquiriendo en el proceso de desarrollo y crecimiento del embrión-feto.

El principio de autonomía implica el autogobierno. Según este principio, la persona debe tener conocimientos y entendimientos adecuados sobre la materia que va a decidir; debe ser coherente con sus valores y creencias y no estar sujeta a una coerción externa o interna (por ejemplo, situación psicológica especial)<sup>(50)</sup>. Se genera así un dilema de enormes proporciones para la medicina clásica<sup>(56)</sup>.

En este tema no podemos dejar de lado el enfoque denominado de “género”, en lo que se refiere a la innegable exclusión que la mujer, por el hecho de ser mujer, tiene en la órbita de las decisiones.

En el caso del aborto, sin embargo, el asunto es más complejo ya que el actuar de acuerdo a este principio sin

más haría que una “vida humana potencial” dejara de existir. Aquí se torna importante el estatus jurídico del producto de la concepción como se analizaba en parte en el principio de beneficencia. Parece claro que la única para la que rige este principio, antes de la existencia de que el producto de la concepción desarrolle todas las características morfofuncionales que lo habiliten a ser considerado un miembro de nuestra especie, es la madre.

Por lo tanto, el principio de autonomía es aplicable sólo a la madre que es nuestra paciente hasta tanto el producto de la concepción lo sea.

El principio de no maleficencia se refiere al “no hacer mal”. Nos exige como profesionales tener el nivel de competencia y solvencia para atender todos los requerimientos posibles del caso; como se ha visto, la situación conflictiva del probable aborto requiere la participación de otras disciplinas que colaboren en la “relación de ayuda” que la paciente necesita. Este principio nos impide agregar, con valoraciones personales, más preocupaciones, más males y desconfianza al paciente<sup>(50)</sup>. En un tema como el aborto provocado este principio está siempre a prueba y debemos abstenernos de juzgar mediante nuestros valores la conducta de una mujer sometida ya de por sí a tan difícil situación. Actuar de otra manera nos haría incurrir en prácticas reñidas con la ética.

Por último, el principio de justicia rige la tercera parte en la cual la relación entre médico y paciente sucede, es decir mira a la sociedad donde ocurre esta relación; la justicia en el área de la atención de la salud se ha entendido como justicia distributiva, en la distribución equitativa de los recursos<sup>(50)</sup>.

En lo concreto del tema aborto, circunstancias socioeconómicas y políticas pueden hacer que esta práctica sea valorada de manera diferente así como también la disponibilidad, la educación y el conocimiento sobre cómo prevenir un embarazo, la accesibilidad a la anticoncepción, debe pesar a la hora del análisis. Estas diferencias no deberían influir en la concepción bioética que al respecto de esta práctica se tenga.

Como afirma la doctora Rotondo<sup>(57)</sup>, estamos en presencia de un “dilema ético” ya que las distintas posiciones, aun opuestas, si se plantean con una buena fundamentación racional, carente de emotivismos, podrán sostenerse. Aproximándonos, incluso esquemáticamente, a partir de los cuatro principios bioéticos desarrollados, podemos argumentar que los principios de autonomía, no maleficencia y justicia hacen en general que se deba aceptar, independientemente de estar de acuerdo o no con el aborto, la pertinencia de esta práctica en determinadas circunstancias justificadas por la paciente. Es en el principio de beneficencia donde la contradicción es más aguda y aquí la gran interrogante es cuándo el feto adquiere los mismos derechos que la madre, es decir cuándo llega a la



categoría de paciente, cuándo se debe hacer todo lo posible por su desarrollo y crecimiento aun sin la aprobación de la madre<sup>(58)</sup>. Parecería ser a la luz de los conocimientos actuales que este punto de inflexión comienza aproximadamente a las 9 semanas - 12 semanas de gestación.

Para definir posiciones, partimos de nuestra formación, de nuestra cultura y de nuestro medio. Pero los principios expresados en ellos no deben hacernos olvidar que en ciencias lo principal es el razonamiento y que la moral y la ética se fundamentan en la realidad. Los embarazos no deseados y el aborto no se dan como entidades abstractas sino en mujeres concretas. Son estas mujeres, que sufren en su inmensa mayoría al tomar la decisión de interrumpir su embarazo, experiencias individuales y únicas. Como clínicos, el abordaje que debemos hacer, el que nos impone la bioética en nuestra práctica, no es el de la filosofía abstracta sino el de las situaciones concretas. En estas circunstancias la decisión sobre valores en conflicto muchas veces será sobre lo menos malo ya que lo mejor sencillamente no existe, nunca existió o dejó de existir en el preciso momento en que la mujer resuelve interrumpir el embarazo, convirtiéndolo en un embarazo “no viable”<sup>(28)</sup>.

#### Como balance de estos cinco enfoques desarrollados, decimos que:

- Existen dudas razonables y científicamente avaladas para plantear que la vida de un ser humano no empieza en el momento de la fecundación, sino que es un proceso que se va desarrollando en el tiempo. Este hecho hace que en una sociedad democrática y plural sea inconveniente obligar a tener una posición única. Antes bien, reconociendo lo caro del tema para defensores y detractores, se deberá abordar la temática basándonos en evidencias científicas que nos permitan articular soluciones integrales para el problema del aborto provocado que tengan como denominador común su disminución.
- No existen dudas de que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en Uruguay la primera causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto como lo indica la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples organizaciones sanitarias<sup>(29,59)</sup>.
- El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos hace que se deba respetar a la mujer en cuanto a su deseo de continuar o interrumpir un embarazo, partiendo de la base que estos embarazos son directa o indirectamente (en la inmensa mayoría de los casos) fruto de la violencia. Lo

contrario implica desde esta perspectiva una violación de los derechos humanos.

- Es muy claro que las legislaciones restrictivas con respecto a la práctica del aborto, lejos de disminuir el número de abortos, los aumenta (por vincularse a una falta de políticas integrales de salud sexual y reproductiva) y aumentan aun más el número de muertes maternas. En los pocos países en los que existen tasas elevadas de aborto, siendo esta práctica legal, ocurren bien por falta de educación sexual y reproductiva o bien por falta de atención y medios calificados.
- Los principios bioéticos tienden a indicar que es cuestionable el negar la atención sanitaria segura a una mujer, que informada y asesorada correctamente, ha resuelto interrumpir su embarazo. En las condiciones extremas en las que se plantea siempre el abordaje del aborto provocado pensamos que lo mejor desde el punto de vista bioético se traduce como lo menos malo desde el punto de vista de la realidad concreta de esta dramática situación.

#### Perspectivas desde el ámbito de la salud. De las “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” hasta el cambio legislativo

En el año 2002 presentamos públicamente la normativa contenida en el libro “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”<sup>(60)</sup>, denominada “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. Esta normativa se basa en la aplicación de la estrategia de prevención de daño específicamente en lo que se refiere a la mortalidad materna.

Concretamente el centro de la normativa es que considerando el aborto como un hecho ilegal nada se podría hacer para mejorar sus condiciones de seguridad per se. Pero el aborto provocado tiene un antes y un después. Allí sí el equipo médico puede y debe actuar.

En el antes, consulta preaborto, actuar en el marco del respeto irrestricto a la decisión de la mujer para buscar otras alternativas al aborto (lo que hemos denominado desestimular su práctica), asesorar y pesquisar las causas de la resolución eventual de la paciente. También para disminuir el riesgo, informando con respecto a prácticas más o menos seguras y eficaces y realizando una evaluación clínica y paraclínica. Es importante destacar que la información sobre métodos seguros de aborto por intermedio del uso vaginal de misoprostol (prostaglandina)<sup>(61-64)</sup> es de acceso fácil en internet y que esta información es conveniente manejarla con la usuaria en la entrevista, sin indicar expresamente su uso ya que en el marco legal actual está contraindicado su uso durante el embara-

zo. Este método, seguro, eficiente, privado, indoloro y que evita la entrada en el circuito clandestino de aborto, está siendo difundido en todo el mundo como primera respuesta a la interrupción del embarazo antes de las 9 a 12 semanas.

Además se sugiere la administración de antibióticos para disminuir el riesgo de infecciones y sepsis.

Es fundamental dejar un nexo para la consulta de la paciente una vez que se realice el aborto. Los objetivos de esta consulta posaborto son los de prevenir complicaciones, proveer anticoncepción inmediata y generar un soporte médico integral.

Con este marco normativo intentamos explicitar lo implícito de una práctica médica correcta.

La estrategia de prevención del daño por definición no soluciona el problema de fondo.

Lo principal será un cambio general en la estructura sanitaria que logre construir un sistema de salud integral, universal, accesible, continuo, oportuno, eficiente, económico, ético y flexible. Allí se juega el gran desafío para abatir el número de abortos y la morbimortalidad por esta causa: en el establecimiento de políticas integrales de maternidad responsable que sean fundamentalmente universales para toda la población.

La coyuntura actual, caracterizada por una profunda crisis económica y social, hace que la disponibilidad de recursos de la población más vulnerable sea cada vez menor y, por lo tanto, mayor el riesgo de que, por los malos métodos a los que tienen acceso, sobrevengan complicaciones graves y de muerte.

La normativa presentada, aprobada por la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Ginecología, ha tenido una total falta de repuesta oficial. La falta de aplicación de esta política hace que en este año sigan aconteciendo, ante nuestra impotencia, complicaciones y muertes por aborto.

Por estos dos motivos, la gravedad de la situación y la falta de respuesta oficial, es que consideramos imprescindible abordar el tema de la despenalización del aborto.

La despenalización del aborto provocado desde la perspectiva del equipo sanitario tiene como justificación los motivos sanitarios, de justicia social, bioéticos y de derechos sexuales y reproductivos.

El fundamento de la liberalización jurídica en la práctica del aborto es que lejos de llevar a un aumento de esta práctica como método anticonceptivo tendrá el efecto opuesto, como lo ha tenido en otros países<sup>(43)</sup>. Esto dependerá, eso sí, de cómo, quiénes y de qué manera se implementen las políticas sanitarias que sirven como marco de referencia para la despenalización.

El objetivo principal, del que forma parte la despenalización del aborto, será lo que han logrado otros países y sistemas de salud que han actuado de esta forma: abatir el número de abortos provocados y de complicaciones a

través de una política actualizada y moderna con el centro en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Esta política debe incluir necesariamente el acceso seguro al aborto provocado para terminar con las condiciones de riesgo de esta práctica. En este contexto la despenalización del aborto sólo será una parte de una política de protección de la mujer.

Cuando el aborto deje de ser un delito comenzará el verdadero debate social con respecto a si es una solución adecuada a toda circunstancia o si, por el contrario, sólo debe tomarse como última opción. El miedo y el oscurantismo actual, responsable principal de las muertes, dejará lugar a los argumentos y el respeto por las decisiones personales.

Se puede establecer que los diferentes puntos de vista asesoren a cada mujer que se enfrente a esta encrucijada y respetando de manera inalienable su decisión, acompañarla en tan difícil trance.

Todo esto se dará, ya no desde la imposición que la realidad actual implica, sino desde el respeto y el reconocimiento de la diversidad en una sociedad democrática y plural como la nuestra.

## **El rol de los profesionales de la salud**

En el marco del proyecto, utópico tal vez, del cumplimiento irrestricto de los derechos humanos, el papel de los profesionales de la salud en el respeto y la promoción de estos derechos en general y de los derechos sexuales y reproductivos en particular es trascendente.

Los profesionales de la salud, y específicamente los ginecólogos, deberíamos participar, desde el conocimiento técnico y como ciudadanos, en el debate jurídico. Independientemente de las convicciones personales o religiosas de cada uno, existen evidencias probadas y experiencias realizadas que debemos conocer y difundir en nuestra comunidad.

El respeto a la autonomía de la mujer en su decisión, sea cual fuere, implica una concepción de democracia y equidad y es un elemento imprescindible para la construcción de una sociedad más libre. El respeto de los derechos no obliga a nadie a hacer algo que no quiera. Por el contrario, la falta de ese respeto obliga a cometer delitos y con ello exponerse a riesgos y daños.

La estrategia demostrada para disminuir el número de abortos provocados implica:

1. Educación en derechos sexuales y reproductivos que, generando ciudadanía desde la infancia, contribuya a formar individuos más libres y responsables.
2. Servicios calificados, accesibles y oportunos de anticoncepción-maternidad y paternidad responsables para prevenir los embarazos no deseados.
3. Despenalización de la práctica del aborto provocado

para evitar la morbimortalidad materna.

Pensamos que la contribución desde el ámbito sanitario debe tener como objetivos los siguientes:

1. Informar de manera fidedigna sobre la situación epidemiológica nacional, regional e internacional. Particularmente importante es la información estructurada y actualizada hacia el sistema político.
2. Actualizar el conocimiento que se maneja en el ámbito científico con respecto a este tema desde sus múltiples abordajes: bioético, biológico, jurídico, etcétera, impidiendo el aislacionismo a los que tienden las posiciones dogmáticas.
3. Compartir las experiencias que se han desarrollado en otros países que han logrado los objetivos de disminuir la tasa de abortos y de sus complicaciones. El asesoramiento, en este marco, del uso del misoprostol<sup>(65)</sup> como método seguro, privado y efectivo, constituye un aporte que los profesionales deberían manejar con las usuarias cuando ellas lo requieran.
4. Generar normativas asistenciales que impliquen compromisos y den garantías al cuerpo sanitario nacional, permitiendo así llevar adelante una política integral en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.
5. Para ello se deberán plantear ámbitos abiertos de debate sobre posiciones científicamente avaladas y con evidencias objetivas que den elementos al cuerpo jurídico para la necesaria modificación de las leyes vigentes ya que han demostrado, ante todo, que son obsoletas y peligrosas por aumentar el número de abortos y por provocar muertes maternas.

## Summary

Abortion in risk conditions is analyzed by five points of view: biological, sanitary, sexual and reproductive right as Human Rights, legal, and bioethic perspectives. A pragmatic approach and scientific evidence are suggested to tackle this problem. Dogmatic attitudes are argued since they impose their points of view in a democratic society like the Uruguayan. Sanitary steps against provoked abortion in risk condition to legal changes that they look to decrease death mother figures and quantity of provoked abortion.

## Résumé

On aborde le problème de l'avortement provoqué dans des conditions de risque depuis cinq perspectives: biologique, sanitaire, droits sexuels et reproductifs, la perspective légale et la perspective bioéthique. On fait un abordage pragmatique à partir des évidences scientifiques. On critique les attitudes dogmatiques qui veulent s'imposer dans la société démocratique uruguayenne. On

signale la nécessité de solutions telles que des mesures sanitaires concrètes exposées dans les "Initiatives sanitaires contre l'avortement provoqué dans des conditions de risque" mais aussi le besoin de changements législatifs ayant un double objectif: diminuer le nombre de morts maternelles et diminuer le nombre d'avortements provoqués.

## Bibliografía

1. **Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC.** El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay: situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev Med Uruguay* 2002; 18(1): 4-14.
2. **Sagan C, Druyan A.** La cuestión del aborto: una búsqueda de respuestas entre la vida y la elección. *Parade* 1990 Apr. 22.
3. **Lewin B.** Regulación génica durante el desarrollo: gradientes y cascadas. In: *Reverte. Genes IV.* Barcelona: Oxford University, 1995: chap 17.
4. **Coughlan MJ.** From the moment of conception...': the Vatican instruction on artificial procreation techniques. *Bioethics* 1988; 2(4): 294-316.
5. **Bedate CA, Cefalo RC.** The zygote: to be or not be a person. *J Med Philos* 1989; 14(6): 641-5.
6. **Godoy Vidal H.** Aspectos sociales y morales de las técnicas de reproducción asistida. *Arch Ginecol Obstet* 2002; 40(1): 11-21.
7. **Zimmer F.** Prebleme am Anfang des Lebens. *Dtsch Apoth Ztg* 1968; 43: 1733.
8. **Dawson K.** Segmentation and moral status in vivo and in vitro: a scientist's perspective. *Bioethics* 1988; 2(1): 1-14.
9. **World Health Organization.** Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 2nd ed. Geneva: WHO, 1994: 117 p.
10. **World Health Organization.** Coverage of maternal Care: a Listing of Available Information. Geneva: WHO, 1997.
11. **World Health Organization.** Maternal Health Around the World. [Poster]. Coverage of maternal care: A listing of available information, fourth ed. Geneva: WHO, 1997.
12. **Nebreda Moreno M, Avalos Triana O.** El aborto como causa de mortalidad materna en tres provincias seleccionadas: años 1979-1982. *Rev Cubana Adm Salud* 1986; 12(3): 213-9.
13. **Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC.** Pilot study on the use of sublingual misoprostol with mifepristone in termination of first trimester pregnancy up to 9 weeks gestation. *Hum Reprod* 2002; 17(7): 1738-40.
14. **Baird DT.** Medical abortion in the first trimester. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16(2): 221-36.
15. **Xu, J, Chen H, Ma T, Wu X.** Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72(3): 245-51.
16. **Ngai S.W, Chan YM, Tang OS, Ho PC.** Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Hum Reprod* 2001; 16(7): 1493-6.
17. **Ledingham MA, Thomson AJ, Lunan CB, Greer IA, Norman JE.** A comparison of isosorbide mononitrate, misoprostol and combination therapy for first trimester pre-operative cervical ripening: a randomised controlled trial. *BJOG* 2001; 108(3): 276-80.
18. **Knudsen UB.** First trimester abortion with mifepristone and vaginal misoprostol. *Contraception* 2001; 63(5): 247-50.

19. **Ellertson C, Waldman SN.** The mifepristone-misoprostol regimen for early medical abortion. *Curr Womens Health Rep* 2001; 1(3): 184-0.
20. **Carbonell JL, Velazco A, Varela L, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, et al.** Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6(1): 39-45.
21. **Bjorge L, Johnsen SL, Midboe G, Augestad G, Okland I, Helland H, et al.** Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11): 1056-61.
22. **Velazco A, Varela L, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S, et al.** Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5(4): 227-33.
23. **Singh K, Fong YF.** Preparation of the cervix for surgical termination of pregnancy in the first trimester. *Hum Reprod Update* 2000; 6(5): 442-8.
24. **World Health Organization.** Unsafe abortion: Global and Regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion. 3<sup>rd</sup>. Ed. Geneva: WHO, 1998: 23 p.
25. **World Health Organization. The United Nations Children's Fund. The United Nations Population Fund.** Americas region consultation on maternal mortality estimates. Geneva: WHO, 1998: 53 p.
26. **Henshaw SK, Morrow E.** Induced abortion: a world review. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1990: 120 p.
27. **Pinotti JA, Faundes A.** Unwanted pregnancy: challenges for health policy. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 3(Suppl 3): 97-102.
28. **Sanseviero R.** Condena, tolerancia, negación: el aborto en el Uruguay. Montevideo: Frontera, 2003: 175 p.
29. **World Health Organization.** Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO, 1996: 20 p.
30. **Coeytaux FM, Leonard AH, Bloomer CM.** Abortion. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, ed. *The Health of Women: A Global Perspective*. Oxford: Westview Press, 1993.
31. **Bataglia V.** La Mortalidad Materna en América Latina. In: Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 17 (Conf FM 2.5). Santiago de Chile, 2003.
32. **Singh S, Sedgh G.** The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico. *Int Fam Plan Perspect* 1997; 23(1): 4-14.
33. **Briozzo L, León I, Rodríguez F, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE.** Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Obstet Gynecol* 2003; SIGY S-8231. [En prensa].
34. **Faundes A.** Violence against women: what is the solution? in *The Figo Road: From Family Planning to reproductive Health*. Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, 17, Santiago de Chile. *J Obstet Gynecol* 2003; 83(suppl 3): 122.
35. **Leal OL, Lewgoy B.** Pessoa, aborto e contracepcao. In: Leal O, org. *Corpo e significado. Ensaio de Antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 1995: 57-75.
36. **United Nations General Assembly.** Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, 1994.
37. **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.** Recomendaciones relativas al aborto provocado por razones no médicas. In: *Recomendaciones sobre temas de Ética en Obstetricia y Ginecología* hechas por el Comité para los aspectos Éticos de la reproducción humana y la salud de la mujer de la FIGO. Londres: FIGO, 2003: 223-4.
38. **Singh K, Ratnam SS.** The influence of abortion legislation on maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 (Suppl 1): S123-9.
39. **Sadik N.** The State of World Population. New York: FNUAP, 1997.
40. **Van Look PF, Cottingham JC.** Unsafe abortion: an avoidable tragedy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16(2): 205-20.
41. **Hord C, David HP, Donnay F, Wolf M.** Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. *Stud Fam Plann* 1991; 22(4): 231-40.
42. **Family Care International.** Meeting the Cairo Challenge: Progress in sexual and Reproductive Health. Implementing the ICPD Programme of Action. New York: FCI, 1999: 38.
43. **Benagiano G, Pera A.** Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70(1): 35-48.
44. **Henshaw S.** Abortion laws and practice worldwide. In: *Abortion Matters - Proceedings of the International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services*. Utrecht, Netherlands, 1997.
45. **Aviles LA, Azize-Vargas Y.** Abortion in Puerto Rico: the limits of colonial legality. *Reprod Health Matters* 1997; 9: 56-65.
46. **Langon Cuñarro M.** El proyecto Uruguayo sobre la interrupción voluntaria de la gravidez del año 1979. *La Justicia Uruguaya* 1979: T91.
47. **Gros Espiell H.** La Convención Interamericana de Derechos Humanos y la Interrupción del Embarazo. *Revista Jurídica del CED* 1996; 11: 2.
48. **Blengio Valdez M.** Aborto. *Tribuna del Abogado*. (Montevideo) 2002: 11-5.
49. **Gros Espiell H.** El proyecto de Ley de despenalización del aborto. Montevideo: Patria, 2002: 7.
50. **Rotondo MT.** Análisis ético del tema: iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: SMU, 2002. <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/analisisbioeticoaborto.htm> [Consulta: 10/1/2003].
51. **Villarreal J.** Editorial. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1998; 49(1): 5-9.
52. **Beauchamps TL, Childress J.** Principles of biomedical ethics. New York: O.U. Press, 1979.
53. **Francisco Abel SJ.** Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. In: *¿Qué es bioética?: lecturas escogidas*. C.N.d. Bioética. Bogotá: Universidad Javeriana, 1993: 19.
54. **Bayles M.** Obligations between professionals and clients. In: Johnson D. *Ethical issues in engineering*, Englewood: Cliffs NJ. Prentice-Hall, 1991: 305-16.
55. **Grobstein C.** Science and the unborn: choosing Human Futures. Reaching decisions on status for the unborn. New York: Basic Books, 1988: 132-56.
56. **Organización Mundial de la Salud, Villarreal Mejía I, Mora Tellez M.** Embarazo indeseado y aborto. Determinantes de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan. 2<sup>a</sup> ed. Bogotá: Presencia, 1993.
57. **Rotondo MT.** El Cuerpo en Psicoanálisis. In: *Diálogos con la biología y la cultura*. Congreso Uruguayo de Psicoanálisis, 2; Jornadas Científicas, 12. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 2002: 321-8.
58. **Chervenak FA, McCullough LB.** Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to the abortion controversy? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(5 Pt 1): 1425-9.
59. **International Planned Parenthood Federation.** Unsafe abortion and postabortion family planning in Africa. The Mauritius Conference. Nairobi: IPPF/A. 1994: 38. Ghana I PAS Africa Reports 1995: 3.
60. **Briozzo L.** Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: SMU, 2002 139 p.

61. **Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernández C.** The use of misoprostol for termination of early pregnancy. *Contraception* 1997; 55(3): 165-8.
62. **Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Barambio S, Chami S.** Vaginal misoprostol 600 microg for early abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5(1): 46-51.
63. **Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sánchez C.** Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4(1): 35-40.
64. **Carbonell JL, Velazco A, Rodríguez Y, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, et al.** Oral versus vaginal misoprostol for cervical priming in first-trimester abortion: a randomized trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6(3): 134-40.
65. **Gynuity Health Projects, Reproductive Health Technologies Project.** Consensus Statement: Instructions for Use – Abortion Induction with Misoprostol in Pregnancies up to 9 Weeks LMP. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. Washington, July 28, 2003. [www.gynuity.org](http://www.gynuity.org). Revised 10/24/2003.