

# La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente

Prof. Dr. Leonel Briozzo\*

**Palabras clave:** ABORTO INDUCIDO –  
legislación y jurisprudencia  
ABORTO LEGAL  
DERECHOS HUMANOS  
SALUD DE LA MUJER  
COMPROMISO DE CONCIENCIA  
PROFESIONALISMO MÉDICO

**Keywords:** ABORTION, INDUCED –  
legislation and jurisprudence  
ABORTION, LEGAL  
HUMAN RIGHTS  
WOMEN'S HEALTH  
CONSCIENTIOUS COMMITMENT  
MEDICAL PROFESSIONALISM

Como integrantes del demos universitario, no es solo un derecho sino un deber el "...contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno", tal como lo explicita el artículo 2 de la Ley Orgánica Universitaria<sup>(1)</sup>. También, desde la concepción del profesionalismo médico<sup>(2)</sup>, uno de los roles profesionales más trascendentes, de médicos e integrantes del equipo de salud, es el de la comunicación social veraz y basada en el conocimiento científico<sup>(3)</sup>. En particular los ginecólogos tienen una gran responsabilidad al respecto de los temas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que es intransferible por ser la especialidad que se debe abocar a los cuidados de la salud de la mujer<sup>(4)</sup>.

Para las ciencias de la salud, la medicina y la ginecología en particular, el tema del aborto voluntario, ha sido, es y será, motivo de fuertes controversias y contradicciones. La profesión médica, reflejo de la sociedad donde nace, crece y se desarrolla, expresa las contradicciones que en el seno de la comunidad existen. Históricamente, el debate en torno al tema del aborto voluntario se ha centrado en una dicotomía falsa, más generalizada, de clasificar en dos grupos a los que supuestamente están "a favor" y los que supuestamente están "en contra"

del aborto. Más allá de las siempre respetables concepciones individuales con respecto a lo religioso, lo filosófico o lo moral, pensamos que los profesionales de la salud debemos hacer primar el razonamiento en base al conocimiento científico. Así, pensamos que estar "a favor" significa promover una práctica determinada, mientras que estar "en contra" significa disminuir o al menos intentar disminuir dicha práctica y sus efectos deletéreos.

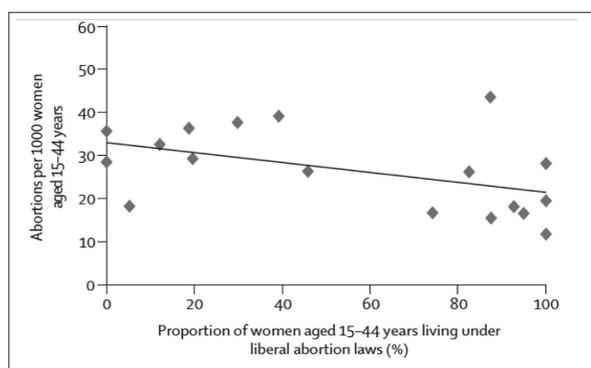
Partiendo de esta base, frente al tema de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), debemos caracterizar qué es estar a favor y qué es estar en contra del aborto voluntario. Esta tarea es relevante desde los valores del profesionalismo médico y desde los fines de nuestra Universidad máxime cuando, en el tema del aborto voluntario, interaccionan otros grupos sociales, políticos y religiosos que tienden a imponer sus puntos de vista, la más de las veces sin reparar en las evidencias que el conocimiento científico nos muestran. Para empeorar aun más el panorama, muchas veces se intenta confundir desde la falsa contradicción a favor versus en contra, con la promoción de los derechos de la mujer a decidir, la defensa de los derechos del embrión-feto, etcétera. Algunos grupos se han autodenominado pro vida sin dejar claro cuáles serían los grupos, supuestamente, pro muerte. Este razonamiento dicotómico configura desde nuestro punto de vista una falacia, muchas veces por ignorancia y muchas veces con inten-

\* Profesor Titular de Clínica Ginecocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.  
Subsecretario del Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Leonel Briozzo. Correo electrónico: leobriozzo@hotmail.com

Recibido: 22/2/13

Aceptado: 2/4/13



**Figura 1.** Asociación de frecuencia de aborto voluntario en función de legislaciones liberales con respecto al aborto analizando las diferentes subregiones en el año 2008. (Extraído con autorización de Gilda Sedgh, Susheela Singh, Iqbal H Shah, Elisabeth Åhman, Stanley K Henshaw, Akinrinola Bankole. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379: 625-32.)

cionalidad. Es al decir de Vaz Ferreira, un sofisma por falsa oposición de principios<sup>(5)</sup>. Se busca antagonizar lo complementario. En la sociedad toda y entre los profesionales de la salud, nadie quiere promover el aborto y todos queremos evitarlo, el asunto es desde la mirada del conocimiento cómo lograr este objetivo y si la despenalización de la IVE contribuye o no en esta dirección, siempre desde el enfoque de respeto y promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la trascendente perspectiva de género que el tema en cuestión impone<sup>(6)</sup>.

Abordaremos este tema desde dos enfoques, en primer lugar comparando qué pasa en los países que tienen legislaciones restrictivas en comparación con los que tienen legislaciones liberales con respecto al aborto voluntario; en segundo lugar analizaremos qué es lo que ha pasado en términos históricos en aquellos países que han tenido cambios legales que liberalizaron la IVE. Finalmente intentaremos algunas conclusiones acerca de cuál debería ser el rol de los profesionales de la salud en este proceso.

El análisis de la situación del aborto voluntario en el mundo lo haremos como punto de partida con una reciente revisión publicada en *Lancet*<sup>(7)</sup>. En el año 2008 se calcula que se produjeron 28 abortos voluntarios cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en comparación con 29 en el año 2003 y 35 en el año 1995. Se observa una tendencia mundial de estabilización, luego del descenso marcado de 1995-2003. En este contexto la mitad de los abortos (aproximadamente 49%) son inseguros. El aborto cuando es inseguro es una causa frecuente de muerte materna; en Uruguay fue en la década de 1990 a 2000 la principal causa de muerte materna y de años de

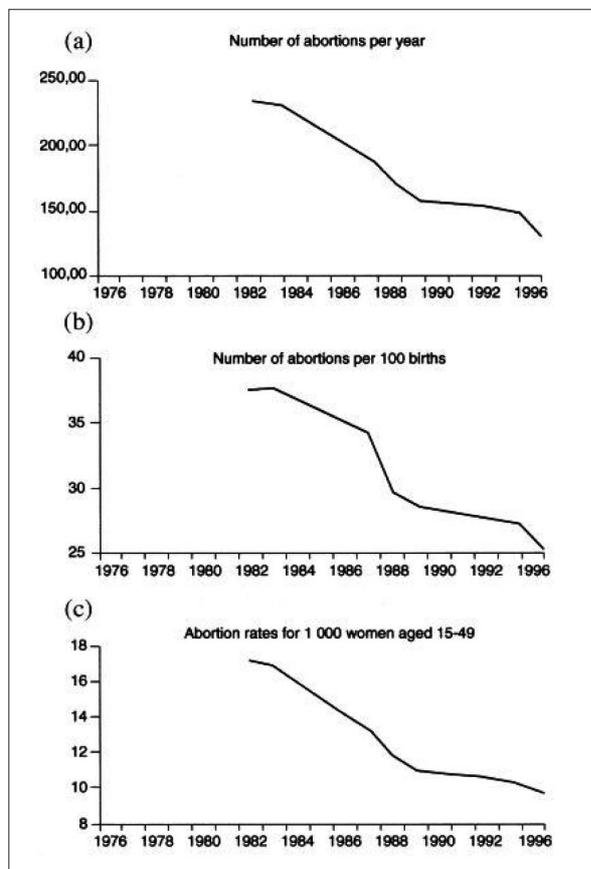
vida potencialmente perdidos de las mujeres de 15 a 45 años<sup>(8)</sup>.

Si se analiza lo que pasa en los países desarrollados, la mayoría con legislaciones liberales con respecto al aborto, buena accesibilidad a los métodos anticonceptivos y educación sexual (excluyendo del análisis a los países de Europa oriental) con respecto a los subdesarrollados, la mayoría con legislaciones restrictivas, acceso más o menos limitado a la planificación familiar y pobre desarrollo de la educación en salud y derechos sexuales, se observa una diferencia marcada. En los países desarrollados se producen 17 abortos cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, mientras que en el mismo grupo etario se producen en los países subdesarrollados 29 abortos cada 1.000 mujeres. A esta diferencia ya importante se le suma que en los países desarrollados, 95% de los abortos son seguros mientras que en los países subdesarrollados solo 44% lo son. Si analizamos la región sudamericana la situación es bastante más dramática, produciéndose 32 abortos cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, siendo casi el 100% inseguros. Analizando históricamente los cortes en los años 1995, 2003 y 2008, las únicas tres regiones que han logrado disminuir el número de abortos son Europa, como vimos con un fuerte componente de Europa occidental, Norteamérica y Oceanía, todas ellas con legislaciones liberales. Por último, se demuestra un descenso del número de abortos voluntarios en aquellas mujeres que viven en países con legislaciones liberales y esta diferencia se expresa como estadísticamente significativa (regresión lineal de 0,11, con  $p < 0,05$ ) en el análisis del año 2008 (figura 1).

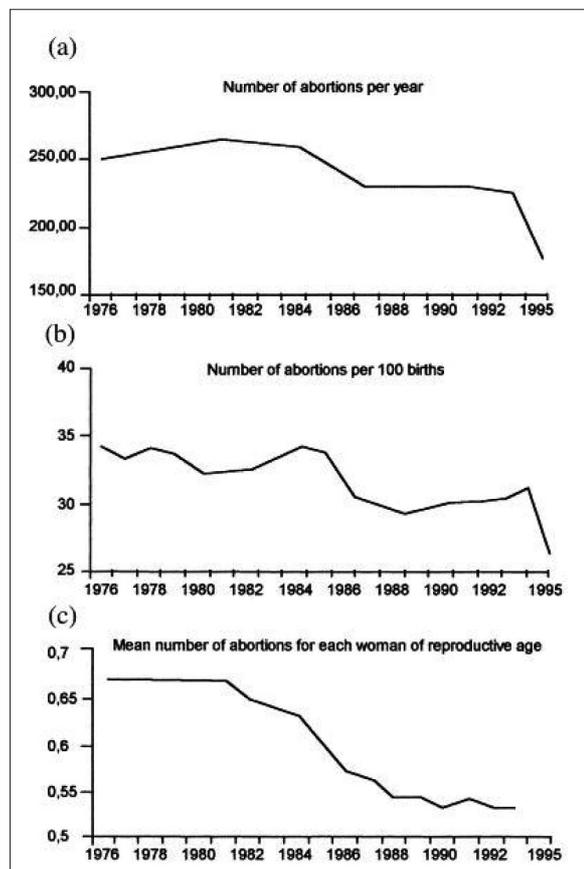
Con respecto al análisis de lo que sucede en aquellos países que liberalizan la práctica del aborto, recurrimos a un artículo ya tradicional<sup>(9)</sup> que analiza la situación en tres países de Europa occidental que liberalizaron sus leyes con respecto al aborto voluntario y que podemos complementar con los datos actuales.

Dicho artículo analiza los casos de Francia e Italia y en ambos se ve claramente un descenso marcado de la prevalencia del aborto voluntario luego de que se liberalizaran las políticas de interrupción del embarazo (situación en Italia en la figura 2 y en Francia en la figura 3).

El artículo analiza asimismo el caso de Inglaterra y Gales, que, contrariamente a los otros analizados, demuestra un aumento del número de abortos voluntarios en el período de tiempo analizado (1970-1996). Lo atribuye a una mala disponibilidad de métodos anticonceptivos, sobre todo anticonceptivos orales, por percepciones sociales erróneas. A la luz de la evolución histórica posterior, la prevalencia del aborto voluntario en el Reino Unido también decreció y hoy se ubica en cifras aproximadas de 17 cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años<sup>(10)</sup>,



**Figura 2.** Evolución del número de abortos en Italia (extraído con autorización de G. Benagiano U, A. Pera. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 70:35-48).



**Figura 3.** Situación en Francia (extraído con autorización de G. Benagiano U, A. Pera. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 70:35-48).

similar al resto de Europa occidental, aunque su legislación tiene peculiaridades.

### Algunas conclusiones

La estrategia más efectiva para disminuir el número de abortos voluntarios se basa en el trípode clásico de educación, planificación familiar y servicios seguros de aborto<sup>(8)</sup>. Educación en salud y derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio responsable de la sexualidad. Planificación familiar y anticoncepción accesible y de calidad para disminuir el embarazo no deseado<sup>(11)</sup>. Servicios seguros para disminuir el riesgo del aborto y mejorar la anticoncepción posaborto que evite nuevos embarazos no deseados.

Las legislaciones liberales –despenalización, legalización, etcétera de la IVE– se relacionan de manera significativa, como elemento aislado, con la disminución del número de aborto voluntario, tanto en la comparación entre países y regiones como en el caso de la comparación histórica antes y después en los países analiza-

dos. Como dijimos anteriormente, pensamos firmemente, y creemos que se ha demostrado, que las políticas para disminuir el aborto y promover la vida deben tener como piedra angular la despenalización del aborto. La falsa contradicción “a favor” versus “en contra” del aborto es absurda y debería ser erradicada.

El compromiso de todos los actores sociales en torno al tema de la salud sexual y reproductiva y en particular al tema del aborto voluntario es clave en su disminución. El compromiso de los gobiernos es fundamental y en el caso de Uruguay ha sido reconocido mundialmente por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia<sup>(12)</sup> y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología<sup>(13)</sup>. Uruguay desarrolló hace más de una década un modelo de incluir a la mujer que cursa un embarazo no deseado - no aceptado en el sistema de salud. Se denomina modelo de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, realizando un avance sustancial en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva que reper-

cutió en la disminución de la mortalidad materna y probablemente también en la disminución del número de abortos<sup>(14,15)</sup>. El nuevo marco jurídico dado por la Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 18937, de setiembre de 2012), presenta la oportunidad para los profesionales, no ya de actuar en el antes y en el después, sino también de acompañar este proceso siempre complejo y siempre difícil, nunca deseado, aunque sí necesario para las pacientes que así lo solicitan, de una manera más integral.

Desde una perspectiva bioética pensamos que el compromiso de conciencia con la atención a la mujer que necesita interrumpir un embarazo y así conscientemente lo solicita, es acorde con el respeto a la autonomía, a la promoción de la beneficencia, al principio de justicia. Con respecto al principio de no maleficencia, estamos convencidos que la omisión de actuar o incluso retrasar la acción profesional implica, por el riesgo en el que se deja a la mujer, accionar de manera maleficiente. El problema de nuestra paciente ya existe y nos precede. Por ello, como dijimos antes, pensamos que más allá de valores individuales debemos actuar en base a los valores profesionales y así siempre ayudar y nunca negarnos a hacerlo. Existen diferentes grados de compromiso profesional, respetuosos de las diferentes visiones, que incluyen la verdadera objeción de conciencia, diferenciándola claramente de la ilegítima objeción de conciencia que sí puede afectar los principios de la bioética<sup>(16)</sup>.

El valor profesional expresado por el compromiso de conciencia que plantea –y compartimos– el presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FIGO, Prof. Bernard Dickens: “Los profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos”<sup>(17)</sup>.

## Bibliografía

1. Ley Orgánica de la Universidad de la República. Ley N° 12.549 de 16 de octubre de 1958. Disponible en: <http://www.fing.edu.uy/sites/default/files/2011/3196/leyorganicaudelar.pdf>. [Consulta: 1 de febrero de 2013].
2. **Pardell Alentà H.** ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educ Méd* 2003 Abr; 6(2):7-24. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132003000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000200002&lng=es). [Consulta: 1 de febrero de 2013].
3. **Jovell Fernández AJ.** El futuro de la profesión médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Documento de trabajo N° 7, 2001. Disponible en: [http://www.fundsis.org/docs\\_act/166\\_Documento-de-trabajo-7.pdf](http://www.fundsis.org/docs_act/166_Documento-de-trabajo-7.pdf). [Consulta: 1 de febrero de 2013].
4. **Briozzo L, Faúndes A.** The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100(3):291-4.
5. **Vaz Ferreira C.** Lógica viva y moral para intelectuales. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/9712169/Carlos-Vaz-Ferreira-Logica-viva-Moral-para-intelectuales>. [Consulta: 1 de febrero de 2013].
6. **Jejeebhoy SJ.** Empower women, ensure choices: key to enhancing reproductive health. En: Presentation at the Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, October 18-23; 1997.
7. **Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A.** Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816):625-32.
8. **Briozzo L, Rodríguez F, León I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE.** Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 85(1):70-3.
9. **Benagiano G, Pera A.** Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70(1):35-48.
10. **United Kingdom. Department of Health.** Abortion statistics for England and Wales: see the latest breakdown. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/news/datablog/2011/may/24/abortion-statistics-england-wales#data>. [Consulta: 1 de febrero de 2013].
11. **Westoff CF.** A new approach to estimating abortion rates. DHS Analytical Studies N° 13. Calverton, Maryland: Macro International Health, 2008.
12. **International Federation of Gynecology and Obstetrics.** FIGO: saving mothers and newborns initiative. Annual narrative report prepared for the Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). London: FIDO, 2011. Disponible en: <http://www.figo.org/files/figo-corp/FinalReportSida.pdf>. [Consulta: 1 de febrero de 2013].
13. **Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.** Reconocimiento de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología a nuestro país, por los avances en materia de salud sexual y reproductiva y la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_7311\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_7311_1.html). [Consulta: 27 de febrero de 2013].
14. **Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE.** A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95(2):221-6.
15. **Faúndes A, Rao K, Briozzo L.** Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 106(2):164-7.
16. **Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos.** Taller sobre Objeción de Conciencia: relato final del Dr. Luis Távara Orozco. In: II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos. San José, Costa Rica, 29-30 de nov. 2011. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/tallerobjeciondeconciencia.pdf>. [Consulta: 1 de febrero de 2013].
17. **Dickens B.** Conscientious commitment. *Lancet* 2008; 371(9620):1240-1.