

# ABORTUS INTERRUPTUS

Política y reforma legal del aborto en Uruguay

Sonia Correa  
Mario Pecheny

mYSU





2008



2009



2010



2007



2012

# ABORTUS INTERRUPTUS

Política y reforma legal del aborto en Uruguay

Sonia Correa  
Mario Pecheny



## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a cada una de las personas que entrevistamos en Uruguay. La excelente predisposición a participar del estudio por parte de personas con visiones muy diversas nos habla tanto de pautas de convivencia política para destacar, así como del alto grado de reconocimiento que MYSU, que fue nuestro contacto con las y los entrevistados, tiene en el medio uruguayo.

Agradecemos a Lilián Abracinskas, Susan Wood, Françoise Girard, Marielle Coutrix, Damián Coalla, y todas las demás compañeras y compañeros de MYSU y de IWHC. Y a Susana Rostagnol, Inés Pousadela, Santiago Cunial, Verónica Pérez Betancur, Lucy Garrido, Valeria Grabino, Alejandra López, Leonel Briozzo, Eduardo Bottinelli, Martin Couto, Soledad González, Constanza Moreira, Mónica Xavier, Juan Castillo, Pablo Abdala, Alejandra Filis, Gabriela Píriz, Ana Monza, Tamara Gascón, Diego Sempol, Camila Csery, Collette Richard, Elbio Laxalte, Miguel Fernández Galeano, Susana Mallo, Yanina Azzolina, Rafael Sanseviero, Javier Acosta, Natalia Figueroa.

Sonia Correa - Mario Pecheny

El estudio que aquí se publica fue realizado por Mario Pecheny y Sonia Correa a iniciativa de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), con el apoyo de International Women's Health Coalition (IWHC).

---

Correa, S.; Pecheny, M. (2016): "Abortus interruptus: política y reforma legal del aborto en Uruguay." MYSU, Montevideo.

<aborto> <reforma legal> <Uruguay> <feminismo> <salud> <derechos sexuales y reproductivos> <política>

La reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación está permitida siempre y cuando se cite la fuente.

---

© MYSU, 2016

**mysu** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Salto 1267 – 11200 Montevideo– Uruguay

mysu@mysu.org.uy

(598)24103981 – 24104619

www.mysu.org.uy

Autores del estudio: Sonia Correa y Mario Pecheny

Grupo de discusión: Sonia Correa, Mario Pecheny, Susan Wood, Lilián Abracinskas

Responsable de edición: Lilián Abracinskas

Corrección de textos: Azul Cordo

Diseño tapa e interior: Montini Diseño

Impreso en: Imprenta Degradé

Depósito legal:

ISBN: 978-9974-8513-3-7



INTERNATIONAL WOMEN'S  
HEALTH COALITION

Con el apoyo de:

## SONIA CORREA

Desde 1970 se dedica a la investigación y a actividades de incidencia relacionadas con equidad de género, salud y sexualidad. Entre 1992 y 2009 fue la coordinadora de investigaciones en salud y derechos sexuales y reproductivos de DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era). Participó de las negociaciones que se dieron en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994) y en la IV Conferencia Mundial de las Mujeres (Beijing, 1995). Es investigadora asociada de Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA), con sede en Río de Janeiro. Desde 2001, con Richard Parker, es codirectora de Sexuality Policy Watch (SPW), un foro global de investigadores y activistas que analizan las políticas públicas relacionadas con sexualidad. Ha publicado *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South* (Zed Books, 1994) and *Emerging powers, sexuality and human rights: Fumbling around the elephant* (2015), entre otras publicaciones académicas.

## MARIO PECHENY

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III. Actualmente, es Profesor Titular Regular de Sociología de la Salud y Profesor Titular de Ciencia Política en la Universidad de Buenos Aires, e Investigador Independiente del CONICET en el Instituto Gino Germani. En 2013 recibió el Premio Houssay (para menores de 45 años) en Ciencias Sociales. Ha sido investigador/profesor visitante en las universidades de Columbia (Nueva York), Michigan (Ann Arbor), París III, Estatal de Río de Janeiro, Federal de Santa Catarina, UPCH (Lima), Utah (Salt Lake City), UCT (Ciudad del Cabo), UNSAM, CEDES y CENEP, entre otras. Trabaja sobre temas de derechos humanos y política en relación con la salud, el género y la sexualidad. Publicó o editó los siguientes libros: *The Politics of Sexuality in Latin America* (con Javier Corrales, University of Pittsburgh Press, 2010), *Discutir Alfonsín* (con Roberto Gargarella y María Victoria Murillo, Siglo XXI, 2010), *Todo sexo es político* (con Carlos Figari y Daniel Jones, Del Zorzal, 2008), *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina* (con Hernan Manzelli, UBATEC, 2008), *Argentina: Sexualidad y derechos humanos* (con Monica Petracci, CEDES-CLAM, 2007), *La dinámica de la democracia* (con Sergio Emiliozzi y Martín Unzue, Prometeo, 2007), entre otros.

## ÍNDICE

PREFACIO I	
Mario Pecheny .....	7
PREFACIO II	
Sonia Correa .....	9
PRÓLOGO I	
<i>Incidencia feminista, mensajes claros.</i> Susan Wood .....	11
PRÓLOGO II	
<i>La lucha continúa.</i> Lilián Abracinskas .....	15
INTRODUCCIÓN .....	23
CAPÍTULO I	
El contexto y el proceso político del aborto. ....	29
CAPÍTULO II	
El contenido de ley .....	59
CAPÍTULO III	
Perspectivas y lecciones aprendidas .....	75
BIBLIOGRAFÍA .....	87
Guía de pautas de preguntas .....	95
Listado de entrevistas .....	96
ANEXOS .....	97
Datos sociodemográficos y sanitarios .....	97
Presidentes de Uruguay desde la transición democrática .....	98
Partidos políticos .....	99
Estado, política y cambio legal del aborto .....	100
Cultura política: laicidad de larga duración y “consenso” .....	106

## PREFACIO I

Hay un cuento que dice: a un judío le preguntan, ¿por qué los judíos siempre responden a una pregunta con otra pregunta?, y el judío responde: ¿y por qué no? Cuando a mí me preguntaron: ¿te interesa participar en una investigación sobre aborto en Uruguay, a realizar en Uruguay?, yo respondí: ¿por qué yo, por qué un varón y argentino? Me respondieron que les interesaba justamente una mirada externa; aun desde el país vecino, la mirada ya puede adoptar una perspectiva por fuera del proceso. En Uruguay, me dijeron, todas/os estamos de alguna manera involucradas/os. El inicio de este párrafo con el cuento de las preguntas me lleva a otra pregunta, que dio título a un texto que hemos presentado en un congreso: “¿Y por qué te interesa a vos? El papel de los varones en la investigación sobre salud reproductiva”. El “¿por qué te interesa a vos?” viene a cuento de que, cuando explico que trabajo sobre aborto, desde el inicio de mi tesis allá por 1993, suelen preguntarme: “¿y por qué te interesa a vos?”, presuponiendo que a un varón (cis) el interés por el tema del aborto suscita perplejidad. La recurrencia de la pregunta me hizo pensar que algo allí hay.

Yendo a este estudio: ¿por qué me interesa a mí el aborto en Uruguay? Me interesa porque el aborto es, según el criterio que comparto, una de las claves (sino la principal clave) de la ciudadanía democrática. No hay democracia plena (aun ésta, la formal, la política, la individualista liberal) si el Estado, el sistema político y la sociedad en su conjunto no reconocen a cada cual su autonomía ética y corporal, si no reconocen mínimamente esta autonomía. La clandestinización y criminalización del aborto suponen, reflejan y reproducen la institucionalización del hecho de que las mujeres no son sujetos autónomos, no se les reconoce su capacidad ética de decidir si prosiguen o interrumpen una gestación (sea ésta buscada, no buscada, más o menos buscada, deseada, producto de una situación forzada o violación, con riesgos o sin riesgos, en las mejores o peores condiciones), y las obliga a correr riesgos, sufrir estigma y miedos, incurrir en gastos económicos, etcétera, de manera a la vez sistemática y evitable. El Estado, el sistema político y la sociedad, entonces, de manera sistemática, ubican a las

mujeres en una condición de heteronomía, de incapacidad ética y ciudadanía menguada, en situación de riesgo para su cuerpo, su salud y aun su vida, lo cual es inaceptable –a mi criterio– en democracia. Entre otras razones, por eso me interesa a mí.

En Argentina el aborto sigue criminalizado en el Código Penal, aun con excepciones y aun con alternativas de acceso en ese contexto restringido, reproducido activamente por la clase política de mi país. Por toda la clase política, del color que sea. Entonces los vientos que vienen del Este, de la banda oriental del río Uruguay y del Río de la Plata, nos han dado un aire de aliento. Un aire que además viene con algunos peros, que no siempre percibimos.

El *aire de aliento*: en Uruguay, país que tiene mucho en común con Argentina y no sólo el tango o el asado, el Congreso aprobó una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La alianza política que lo impulsó no sólo no pagó ningún costo, sino que mantiene su mayoría parlamentaria, la familia uruguaya no se desintegró y el aborto en el sistema de salud es hoy una realidad en el país vecino.

El *pero*: el derecho al aborto, como tal, está y no está. Está, puesto que la ley y las políticas permiten a las mujeres interrumpir legalmente y de manera segura un embarazo. No está, como se verá en el informe, puesto que el acceso al aborto está tutelado entre otros por un poder médico y político que no deja de señalar a las mujeres las condiciones en casos restrictivas para el ejercicio de su derecho.

Podrán decir: eso pasa con todos los derechos. Sí, efectivamente, pero como muestra la descripción del proceso de negociación legislativa, el proyecto que se presentó originalmente era más amplio, en un lenguaje de derechos que fue negociado tanto en su contenido como en su terminología. El aborto como bandera feminista y reivindicación histórica dejó cierto gusto amargo (no el sabroso del mate amargo, sino el de la frustración propia de una interrupción).

Las lecciones de la experiencia uruguaya están en el informe. Aquí adelante sólo una: que el aborto sea legal, como quizá pensemos o deseemos, no es el final de una larga lucha. Es el comienzo.

Mario Pecheny

## PREFACIO II

Como alguien que viene siguiendo muy de cerca el debate sobre el derecho al aborto en Uruguay a lo largo de los últimos 15 años, ha sido un privilegio tener la oportunidad de revisar ese proceso a la luz de la reforma legal de 2012.

Ante todo fue la oportunidad de estar en Uruguay y reencontrarme con amigos y amigas. También me permitió reactivar memorias como la de la votación en 2008 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en el Senado, a la cual asistí entusiasmada.

Importa en esas memorias no sólo las emociones que evocan, sino también la oportunidad de revisar los equívocos que una hace en los análisis, al calor de la dinámica política. Habiendo estado en esa votación y percibiendo la energía que la decisión generó, mi evaluación en ese momento fue que no habría condiciones para un veto presidencial. Sin embargo, eso fue lo que pasó. Y otros cuatro años transcurrieron antes de que nuevamente hubiera condiciones para que el aborto fuera legalizado en Uruguay.

Este estudio nos dice que es siempre saludable visitar y revisar procesos políticos que culminan en sucesos icónicos. El caso de la reforma legal del aborto en Uruguay es un signo del suceso de las luchas feministas latinoamericanas por el derecho al aborto, pero también de las visiones y modos de hacer de la izquierda democrática uruguaya. Como verán en las páginas siguientes, tal ejercicio retrospectivo revela que, aun cuando el período de gobierno de José Mujica haya sido excepcional y su conducta como Presidente haya sido un factor muy favorable para una serie de cambios, eso no es lo que explica la reforma, como se ha buscado proyectar a nivel global.

El suceso del año 2012 tiene claramente una dimensión de *longue durée* que no puede ser obliterada. Sobre todo hay un amplio conjunto de actrices y actores en escena cuyo rol y tenacidad tampoco puede ser obviado.

El mundo, o parte de él, está posiblemente informado de que el movimiento feminista y ciertos sectores médicos vinculados a la política de reducción de riesgos y daños han sido nodales en el camino hacia la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Pero este estudio nos ha enseñado que hay mucha más gente en este escenario como, por ejemplo, las parlamentarias y especialmente el movimiento sindical, cuyo compromiso con el tema de la libertad sexual y reproductiva puede quizás ser calificado como una efectiva excepcionalidad uruguaya, al menos en el contexto latinoamericano. A la vez hay que subrayar los sentimientos y valores de la sociedad, capturados en encuestas de opinión que se han hecho desde los años noventa.

Otro aspecto a destacar es, sin duda, la importancia y significado de los contextos o, si se quiere, de la coyuntura. En el trayecto de la reforma legal del aborto en Uruguay hay muchas lecciones aprendidas e inspiraciones a compartir con todas aquellas personas comprometidas con la lucha por el derecho al aborto en otros países. No obstante, la experiencia o el modelo no es replicable, pues hay trazos y construcciones peculiares de la sociedad y de la cultura política uruguaya –empezando por la escala y la relativa homogeneidad del país– que no son transferibles.

Finalmente, con lo todo de bueno que ha significado la ley 18.987 de 2012, el texto tiene limitaciones, e incluso con éstas sigue siendo amenazado. Eso nos lleva a analizar los montajes discursivos y de fuerzas que conforman la política del aborto en la era contemporánea y que hacen que las luchas por el derecho a decidir sean, casi siempre, como historias sin fin. En parte eso se explica por la capacidad, persistencia y nuevas y muy sofisticadas modalidades de acción de los grupos contrarios al aborto. Pero también porque, retomando a Foucault, el aborto es un tema nodal de la biopolítica, o sea, un hecho en relación al cual, en lo que refiere a los derechos de soberanía de las personas sobre sus vidas, no asegura la contención de las usurpaciones de otros dispositivos disciplinares, en especial la biomedicina o –para utilizar una expresión más uruguaya–, el poder tutelar de los médicos.

Sonia Correa

## INCIDENCIA FEMINISTA, MENSAJES CLAROS

Las mujeres se han practicado abortos a través de la historia y han sufrido las consecuencias de interrupciones inseguras, debido a la criminalización, estigma, miedo o falta de acceso a servicios. No hay razón que justifique la muerte de una mujer o que ellas enfrenten graves consecuencias de salud derivadas de un aborto, particularmente si se tiene en cuenta que hoy en día este es un procedimiento sencillo y seguro –más que el parto– siempre que los servicios estén disponibles y sean accesibles y de buena calidad. La restricción legal del aborto es uno de los factores que ocasiona esta situación injusta e inaceptable en la que las mujeres no pueden tomar una decisión que afecta sus vidas profundamente, sin temer una posible sanción legal o riesgos para su salud.

Es precisamente esta situación de injusticia que afecta el bienestar y salud de millones de mujeres cada año, la que motivó a la International Women's Health Coalition (IWHC) a apoyar este estudio sobre el proceso que condujo a la despenalización del aborto en Uruguay en el año 2012. Como organización feminista, IWHC se dedica a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a un aborto legal y seguro. La despenalización del aborto es un elemento para garantizar que las mujeres puedan acceder servicios esenciales y ejercer el control sobre su cuerpo y su futuro.

A nivel global, la tendencia ha sido a liberalizar la legislación sobre el aborto. Entre 1994 y el 2014, las leyes disminuyeron su grado de restricción en al menos 30 países. Hoy en día, más del 60 por ciento de la población mundial vive en países donde el aborto está permitido sin restricciones legales o con causales amplias (Center for Reproductive Rights, 2014). A pesar de esta tendencia a liberalizar las leyes en la materia, en los últimos 20 años más de un país en América Latina y el Caribe ha cambiado su Código Penal para limitar el acceso a

la interrupción del embarazo. Hoy, más del 97 por ciento de las mujeres de edad fértil en América Latina y el Caribe viven en países donde hay restricciones al aborto o donde este se prohíbe por completo<sup>1</sup>.

Las leyes restrictivas, sin embargo, no evitan que las mujeres aborten. En los países donde las leyes son más liberales, las mujeres tienen menos probabilidades de tener un aborto que las mujeres en países con leyes más restrictivas. Por otra parte, desde 1990, las tasas de aborto han disminuido significativamente en las partes del mundo donde las leyes de aborto más liberales. En América Latina y el Caribe, a pesar de leyes muy restrictivas en muchos países, la tasa es incluso más alta y, en contraste con la tendencia global, sigue aumentando.

El costo de esta criminalización es alto. En países donde el aborto está restringido, el procedimiento es a menudo clandestino y llevado a cabo en condiciones inseguras. El número estimado de muertes relacionadas con el aborto en 2014 alcanzó a 44.000 mujeres. Al menos el 10 por ciento de las muertes maternas en América Latina y el Caribe anualmente son el resultado de abortos inseguros y unas 76.000 mujeres en la región son tratadas anualmente por complicaciones derivadas de abortos inseguros<sup>2</sup>.

Las mujeres no solo pagan con su salud el precio de la falta de acceso a abortos legales y seguros. En contextos más restrictivos, mujeres que han sido violadas o que son víctimas de incesto son obligadas a llevar a término sus embarazos. En varios países latinoamericanos, las mujeres son encarceladas por la mera sospecha de aborto. Por ejemplo, en El Salvador, que cuenta con una de las leyes más restrictivas del mundo, algunas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo fueron acusadas de homicidio agravado. Lo anterior, se traduce en sentencias más severas y mayor estigma. Son las más jóvenes y pobres quienes más sufren por causa de estas medidas punitivas extremas. Un caso ilustrativo es el de Guadalupe, una mujer salvadoreña quien sufrió el aborto espontáneo de un embarazo gestado tras ser violada a los 18 años y fue sentenciada a 30 años en prisión. En 2011, el suicidio fue la causa más común de muerte en El Salvador entre niñas y adolescentes de 10 y 19 años (la mitad estaban embarazadas). La crueldad de la situación se hace más severa con el rápido aumento del virus del zika. Después de que miles de bebés nacieran con un síndrome neurológico asociado al virus, se aconsejó a las mujeres de varios países de América Latina que evitaran la gestación. Sin embargo, no disponen de la opción de un aborto legal. De nuevo, quienes más sufren son las mujeres más marginadas, que viven en áreas de propagación de los mosquitos que transmiten el zika.

1 Center for Reproductive Rights, *Abortion Worldwide: Twenty Years of Reform*, 2014. Consultado en [http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years\\_Reform\\_Report.pdf](http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf)  
2 Guttmacher Institute, *Fact Sheet: Abortion in Latin America and the Caribbean*, 2016. Consultado en [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib\\_aws-latin-america.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aws-latin-america.pdf)

En este contexto, Uruguay es una luz en el camino. Demuestra que es posible cambiar la ley. ¿Cómo sucedió esto? ¿Cuáles fueron los factores que llevaron a esta reforma legal? IWHC trabaja con organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres en todo mundo, muchas de cuales están trabajando para aumentar el acceso seguro al aborto, bien sea a través de su despenalización o presionando para la provisión de los servicios recogidos en la ley, o una combinación de las dos estrategias. Creemos que la importante victoria en Uruguay puede ofrecer lecciones a quienes luchan por cambiar la legislación en otros lugares.

Con este cambio en la ley, Uruguay se une a una tendencia global, en la cual se reconoce el acceso seguro y legal al aborto como un derecho humano. Cada vez más, los organismos de control de tratados de Naciones Unidas y organizaciones regionales de derechos humanos están haciendo un llamado a los Estados para que despenalicen el aborto y garanticen acceso a los servicios, al menos bajo un amplio rango de causales. En septiembre de 2015, un grupo de altos expertos regionales e internacionales en derechos humanos hicieron una declaración sobre la implementación de la Agenda Sostenible de Desarrollo 2030 expresando que: “El aborto inseguro es una de las principales causas de la mortalidad y morbilidad materna. Su criminalización o cualquier otro fracaso en ofrecer servicios que solo requieren las mujeres, tales como aborto y anticoncepción de emergencia, constituye una discriminación basada en género, y eso es inadmisible. Hacemos un llamado a los Estados a considerar diligentemente los efectos discriminatorios y de salud pública de las leyes que criminalizan el aborto en todas las circunstancias, a remover medidas punitivas para mujeres que se practiquen abortos, y como mínimo, a legalizar el aborto en casos de agresión sexual, violación, incesto, y cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la salud mental y física o la vida de la mujer”<sup>3</sup>.

Lo sucedido en Uruguay con el cambio normativo y la implementación de servicios legales de aborto demuestra que, a pesar del clima adverso de la región, es posible avanzar. Conocer mejor el proceso permitirá contar con mejores herramientas para las luchas que se dirimen en otros países.

Lo que este estudio hace evidente es el papel que tiene el movimiento feminista a la hora de lograr una reforma en las normas sociales y políticas públicas. Esto confirma hallazgos de otros estudios que muestran la presencia de movimientos de mujeres fuertes y organizados como un aspecto crítico y necesario para la promoción de cambios en asuntos claves de género y derechos.

3 United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 2015. Joint Statement by UN human rights experts, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples' Rights. Consultado en <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E>



El estudio resalta la importancia que tiene una incidencia calificada y contar con activistas capaces de forjar alianzas, analizar y utilizar el momento político, aumentar la visibilidad e importancia de un asunto, y crear mensajes claros que lleguen a un público más amplio.

Con los recursos y el espacio político adecuados, movimientos sociales como el movimiento feminista y sus aliados en Uruguay, no solo pueden obtener un cambio en la ley, sino también asegurar que ésta sea implementada, logrando que las mujeres ejerzan sus derechos humanos y el aseguramiento de los servicios que necesitan y merecen.

Susan Wood

Directora del Programa de Aprendizaje y Evaluación - IWHC

## PRÓLOGO II

### LA LUCHA CONTINÚA

*“Hasta que todas las generaciones de mujeres seamos respetadas en nuestros derechos, tengamos control y poder sobre nuestros cuerpos, autonomía sobre nuestras decisiones y vidas sin violencia, seguiremos en esta lucha”<sup>4</sup>*

Cuando el 17 de octubre de 2012 el Parlamento uruguayo aprobó la ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, la celebración tuvo una dosis de frustración que hubo que saber controlar. Un largo y complejo proceso de debate político cerraba su ciclo con un texto de ley que no era de avanzada como se había esperado. Mucho menos logró ser la ley que como feministas habíamos soñado, ni la que junto a los movimientos sociales a favor de los derechos humanos habíamos defendido. Pero claro que había que festejar porque finalmente se producía un cambio que fue en sentido positivo, a diferencia de los retrocesos que se registran en otros países. Merecíamos celebrar porque, a pesar de todos los pesares, nunca se cedió en la lucha, hubo movilización social y la ley, aunque es mezquina, se inclina a favor del derecho a decidir de las mujeres y de la protección de la salud. El cambio conseguido fue un logro. Una señal de aliento. Una demostración de que avanzar es posible.

La ley de interrupción voluntaria del embarazo cerró una fase de la lucha feminista iniciada en Uruguay en la década de los 80, en plena efervescencia de participación social por la reconstrucción democrática del país. La demanda por el derecho al aborto legal y seguro comenzó como reclamo de unas pocas organizaciones feministas que tuvo que ganarse terreno, primero en la agenda

<sup>4</sup> MYSU, *Comunicado a la opinión pública*, 28 de mayo 2016.

del movimiento amplio de mujeres y luego en la negociación con otros actores políticos y sociales. En treinta años, el reclamo por el derecho de las mujeres a decidir, la salud como derecho y el respeto a la diversidad de ciudadanía sexuales y reproductivas, se convirtió en una demanda ciudadana integrada a la plataforma política de un amplio espectro de organizaciones y movimientos sociales en defensa de la justicia y los derechos humanos. Un intenso proceso que se sostuvo con la acción feminista que se diversificó, desarrolló distintas experticias en el trayecto, se calificó como actor con peso social y logró sumar aliados que aportaron visiones, posicionamientos y capacidades de incidencia a distintos niveles de negociación que desencadenaron la aprobación de la ley.

La organización ciudadana a favor del aborto legal logró ampliar su base social de apoyo y conquistar la mayoría de la opinión pública, presionando así sobre el sistema político que tuvo que expedirse sobre un tema incómodo que siempre le generó divisiones, contradicciones ideológicas, doble moral y conflicto entre los líderes y sus sectores. El problema del aborto se convirtió en uno de los debates más amplios y participativos en la escena pública del país, involucrando a amplios sectores de la población y con la mayor cobertura mediática que haya alcanzado cualquier otro tema de la agenda feminista y social. La noticia de Uruguay convirtiéndose en el primer país de Latinoamérica en despenalizar el aborto recorrió el mundo y fue increíble la cantidad de notas de prensa realizadas por medios nacionales y extranjeros.

MYSU se creó como organización feminista en este recorrido y lideró, junto a otras organizaciones sociales, los espacios de coordinación desde donde se llevaron adelante las principales demostraciones y acciones de incidencia política. Desde el año 2004 sostuvo de forma ininterrumpida la campaña por el cambio legal destinando la mayor parte de sus recursos humanos y materiales para generar hechos, argumentos, datos y estrategias que –en la medida de lo posible– fueron sistematizados para documentar éxitos y fracasos de los cuales aprender para seguir andando. Gran parte de esa producción ha sido relevada y está disponible en nuestra web institucional.

En todo ese tiempo se contó con el apoyo y el aporte de prestigiosas personalidades del mundo académico y del activismo regional e internacional que pusieron a disposición su conocimiento y experiencia para acompañar y apoyar la tarea. Esos aportes e intercambios de experiencias con quienes impulsaban procesos similares en otros países de la región fueron sustantivos para fortalecer la formación política de las vocerías, la construcción de los liderazgos, el desarrollo de la capacidad argumentativa, la investigación y la adopción de acuerdos que

permitieran ir construyendo las alianzas. Así se robusteció la presión social y fue produciéndose el cambio cultural que, a nuestro entender, es el resultado más importante del proceso vivido.

La innovación y la creatividad para desarrollar las acciones con los recursos disponibles –que siempre fueron escasos– dejó un acumulado de experiencia que era necesario volver a ordenar, analizar y sintetizar para extraer nuevos aprendizajes. Necesitamos identificar y conocer mejor las dinámicas que contribuyeron al cambio. Precisamos valorar, en su justo término, el resultado obtenido en sus distintas dimensiones y en función de los pilares en los que se sostuvo la organización social que demandó el cambio. Porque debemos establecer dónde estamos y dónde poner los esfuerzos para continuar el camino.

Peleamos por la legalización del aborto porque entendimos y entendemos que el aborto inseguro es un problema de salud pública y una vulneración del derecho a la salud de las mujeres. Pero también porque la libertad y autonomía de las mujeres es sustancial para el ejercicio de una ciudadanía plena y condición imprescindible en la lucha por la emancipación.

Peleamos para que los derechos sexuales y reproductivos sean entendidos como derechos humanos pero, para que se concreten en la vida de las personas, deben universalizarse las condiciones que permiten su ejercicio.

El valor laico del Estado debe materializarse en garantizar la convivencia pacífica y respetuosa de los diversos sistemas de valores asegurando que ninguna creencia ni religión será impuesta. El resultado del proceso para la reforma que habilitara el aborto legal fue muy democrático, pero se dirimió imponiendo la creencia de los jefes de Estado o de las posiciones minoritarias que tenían menor adhesión y respaldo ciudadano. Por eso, cuando la correlación de fuerzas y el contexto sean adecuados, deberá mejorarse el marco normativo dado el carácter restringido del reconocimiento de los derechos y limitadas las posibilidades que las mujeres tienen para ejercerlos.

Esta necesidad de revisar, analizar y aprender de lo vivido fue compartida y respaldada por la International Women Health Coalition, una organización hermana con la que hemos compartido muchas batallas en las arenas globales y que ha estado siempre presente y preocupada por lo que sucedía en Uruguay. Susan Wood, con su vasta experiencia, no sólo logró los recursos para concretar el estudio sino que se involucró activamente en su ejecución. Tuvimos la enorme suerte que Sonia Correa desde Brasil y Mario Pecheny de Argentina

tuvieran lugar en sus intensas agendas, aceptaron la propuesta y realizaron la tarea. Sonia fue siempre una referente feminista ineludible, una de las responsables de desarrollar la conceptualización teórica vinculada a los derechos sexuales y reproductivos, de impulsarlos y defenderlos en las negociaciones de Naciones Unidas y en las diversas arenas políticas y de investigación. Una amiga personal y una protagonista de la causa. De Mario teníamos la referencia de su notable producción académica pero no nos conocíamos personalmente. Con él la conexión fue inmediata, su capacidad y compromiso son impresionantes, y lo que aprendimos en el transcurso del estudio es invaluable.

La rigurosidad, la capacidad de análisis y los resultados del trabajo realizado es un material valioso no sólo para la tarea y los desafíos que debemos enfrentar a nivel nacional, sino también a la luz de lo que sucede en la región. Fue un gran gusto y una gran oportunidad haber sido parte de este equipo de trabajo que conjugó saberes, visiones, preocupaciones y compromiso con el objetivo de generar aportes que fortalezcan la lucha por la emancipación de las mujeres y el ejercicio pleno de la ciudadanía sexual y reproductiva.

### **¿Dónde estamos? ¿Cómo llegamos? ¿Por dónde seguimos?**

El Estado uruguayo es señalado como ejemplo en el marco de la “nueva agenda de derechos” y representantes de gobierno obtienen el reconocimiento de la comunidad internacional y de los organismos de derechos humanos, que han resaltado el esfuerzo y la voluntad política que permitió concretar estos avances. Junto a las agencias del Sistema de Naciones Unidas se patrocinó y promovió el “Consenso de Montevideo” adoptado en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CEPAL, 2014) donde se acordaron compromisos que aún no se han alcanzado en la arena global. América Latina y el Caribe reconoce los derechos sexuales junto a los derechos reproductivos como derechos humanos, y a todas las personas –sin importar edad, etnia/raza, discapacidad, lugar de residencia, orientación sexual e identidad cultural y de género–, como sujetos de derecho que deben acceder, en igualdad de condiciones, a los beneficios del desarrollo y a los avances de la tecnología en el marco de la protección del medio ambiente.

Como bien sabemos este reconocimiento formal de los derechos es importante para la construcción de nuevos contratos sociales, sirve de orientación para la definición de políticas públicas de igualdad de oportunidades y derechos, y obliga a las instituciones del Estado a repensarse para incorporar la perspectiva

de la equidad de género en el desempeño de sus responsabilidades. Pero también se sabe que estos compromisos no son suficientes ni se ponen en práctica si no existe la movilización y la demanda que reclame su cumplimiento. Los Estados no sólo no cumplen lo acordado sino que es alarmante el nivel de vulneración de los derechos que se registran por su acción u omisión, a lo largo y ancho del continente. Incluso los problemas son importantes aún en aquellos países que, como Uruguay, han registrado los cambios más alentadores.

A tres años de implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo aproximadamente 25.000 mujeres han abortado legalmente en el país, de forma gratuita y atendidas por los equipos de salud de las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Logro indiscutible en relación a uno de los cometidos sustantivos por los cuales llevamos adelante las campañas por el aborto legal: las necesidades en salud de las mujeres no deben resolverse en la clandestinidad sino con la seguridad de los servicios que se requieren para satisfacerlas.

Los servicios para la interrupción voluntaria del embarazo se instalaron el marco de las prestaciones en salud sexual y reproductiva y están funcionando aunque no logran tener cobertura universal y la práctica clandestina persiste. Hay profesionales brindando la atención con niveles de calidad aceptables, pero los estudios de nuestro Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva, dando seguimiento a la implementación de estas políticas desde sus inicios, muestran la falta de recursos humanos debidamente capacitados, la debilidad de los equipos, la dificultad en el acceso que deben enfrentar las mujeres que lo requieren y un porcentaje de profesionales objetores de conciencia mucho más alto del promedio nacional informado por las autoridades sanitarias. Los obstáculos que deben sortear las mujeres para acceder a la medicación que les permita abortar de manera no punible son múltiples. Los servicios no siempre están claramente identificados ni son ampliamente difundidos. La desinformación, el miedo, el estigma, los prejuicios y el peso del control social sobre las prácticas reproductivas son significativos con particular impacto en las mujeres con menor nivel educativo y que habitan en las localidades del interior del país donde predomina la influencia de los sectores religiosos y actores políticos con las concepciones más estereotipadas sobre el rol de las mujeres en la sociedad y el destino ineludible de ser madres (MYSU, 2012, 2013, 2014, 2015).

Desde que se aprobó la ley, dos mujeres murieron en abortos clandestinos, una en 2013 –que nunca hizo uso de los servicios legales recién instalados– y otra en 2016 que sí consultó pero con trece semanas de gestación y terminó abortan-

do en la clandestinidad. La respuesta del sistema fue la estrategia de reducción de riesgos y daños y ella retornó al sistema de salud con una infección generalizada de la que no pudo salvarse. También en este tiempo, fueron procesadas por el delito de aborto tres mujeres<sup>5</sup> y dos varones<sup>6</sup>, por haber practicado el aborto fuera de las condiciones habilitadas o, como en el caso del marido de la joven fallecida, por desconocer que al denunciar al médico que había realizado las maniobras abortivas se implicaba en el delito.

Una niña de 11 años continuó con el embarazo producto de la violación de un hombre de 41 años del cual decía estar enamorada. El violador fue a la cárcel pero a la niña no se le realizó el aborto a pesar que su madre lo solicitó al equipo de salud que intervino y lo reiteró ante la justicia. En base a criterios éticos y técnicos discutibles, los profesionales y autoridades de las instituciones involucradas resolvieron que el embarazo debía proseguir inclinándose por priorizar el deseo de tener el bebé, manifestado por la niña<sup>7</sup>. A comienzos de este año, fue procesada con cuatro años de privación de libertad una adolescente que tuvo sola su parto en el baño de la casa de sus padres, en una pequeña localidad del interior. Transitó ocho meses de embarazo sin que la familia ni el sistema de salud lo detectara, a pesar de que hubo consultas médicas durante ese tiempo de gestación. La adolescente fue acusada de homicidio especialmente agravado porque el feto fue hallado sin vida<sup>8</sup>.

Estos hechos y los datos que arrojan los estudios dan cuenta de que persisten problemas, desigualdades e injusticias que no pueden desatenderse. La respuesta del sistema aún es insuficiente, siguen sin beneficiarse del cambio muchas de las mujeres que siempre estuvieron más desprotegidas y el circuito clandestino es la única alternativa para quienes la ley excluye y sólo actúa para condenarlas.

Así como fue intenso el proceso para llegar a la ley no ha sido menos exigente el que se desplegó inmediatamente luego de aprobada. Hubo que salir a defenderla –aunque no nos gustara– cuando los opositores intentaron derogarla a seis meses de su promulgación. Pero también habrá que seguir dando la pelea para que sea sustituida por una versión que reconozca los derechos de las mujeres y no pretenda tutelar sus decisiones, ni bien existan las condiciones para hacerlo.

El aparato reproductor y generador de la violencia de género está intacto y el control de los cuerpos y las sexualidades continúa siendo el terreno de disputa

5 <http://www.elpais.com.uy/informacion/maldonado-mujeres-prision-aborto-ilegal.html>

6 <http://noticiasfloridaonline.blogspot.com.uy/2016/02/prision-para-medico-y-pareja-de-la.html>

7 <http://ladiaria.com.uy/articulo/2015/5/zona-de-riesgo/>

8 <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/53458/investigacion-caso-de-feto-sin-vida-encontrado-en-un-ba-no-en-rocha>

y negociación política en esferas de poder que no dominamos. La fuerza para el cambio deberá emanar, como lo ha sido hasta ahora, fundamentalmente de la capacidad de organizarse y de aunar esfuerzos sabiendo bien hacia dónde encausarlos. Algo más fácil de decir que de poner en práctica. Insumos como los que aporta este análisis del proceso político que llevó a la reforma legal en Uruguay ayudan a la tarea.

Lilián Abracinskas

Directora ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay – MYSU



En 2012, Uruguay adopta una ley de interrupción voluntaria del embarazo que habilita la práctica a pedido de la mujer hasta la semana doce de la gestación. El aborto, en las condiciones que fija la ley, es de acceso libre y gratuito en el sistema de salud. Uruguay es el primer país de América del Sur que reconoce legalmente este derecho de las mujeres.

El objetivo de este informe es examinar el proceso del cambio legal en materia de aborto en Uruguay. Buscamos brindar información sobre el contexto y proceso político que resultó en la sanción de la ley, sabiendo que los procesos no son exportables, pero tampoco completamente excepcionales. No menos importante es para nosotros identificar los alcances, tensiones y limitaciones de la ley aprobada, de la dinámica política y social, así como algunos desafíos a futuro y lecciones aprendidas.

Desde otros países de la región, queremos aprender de la experiencia uruguaya, en una América Latina aún reticente a sacar el aborto de la clandestinidad, liberalizar las restricciones legales e incorporar la interrupción voluntaria del embarazo como derecho universal en la atención de la salud pública.

La reforma del aborto en Uruguay fue objeto de numerosos y muy buenos estudios académicos y del activismo, que relatan en detalle cada etapa del proceso. Nuestro trabajo se apoya en esa literatura, con la intención de no repetir lo que ya es accesible públicamente<sup>9</sup>. Este informe se basa en la revisión de documentos (textos de leyes y proyectos, estudios sociales y de opinión pública, prensa escrita) y en entrevistas individuales y colectivas a informantes clave (legisladoras/es, líderes de partidos y sindicatos, funcionarios públicos de salud, profesionales de salud, feministas y otras/os militantes de movimientos sociales, y académicos/as). La apertura de las y los protagonistas de todos los ámbitos a compartir sus impresiones indica *per se* que el contexto uruguayo tiene cosas para enseñar

<sup>9</sup> Ver Bibliografía.

al resto del continente: la coordinación de acciones y la interlocución en pos de una reivindicación a pesar de los disensos, así como la permanente producción y uso de conocimientos y diagnósticos políticos para hacer avanzar las luchas. Estos rasgos no están presentes en todos los países de la región.

## Hacia la reforma legal

En 1898, el Código Penal criminaliza el aborto. Salvo un breve interregno entre 1934 y 1938 en que estuvo despenalizado, el aborto permanece ilegal hasta 2012. Desde 1938, la ley contempla condiciones para atenuar o eximir la pena: violación, penuria económica, riesgo para la vida de la mujer, o para “salvar el honor”.

El inciso del artículo 328 del Código Penal dice: *“Si el delito se cometiera para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias del hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil de honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo.”*

Entre 1973 y 1985, Uruguay vive bajo una dictadura militar. En 1985, se reinstala la democracia política. La apertura democrática brinda al movimiento feminista un nuevo escenario político donde plantear sus reivindicaciones, entre las cuales está la interrupción voluntaria del embarazo.

Durante las dos primeras décadas de democracia, fueron presentados en el Congreso cuatro proyectos sobre aborto. De esos procesos cabe subrayar el proyecto presentado en 2002 y votado en 2004. Ese es un momento en que el tema ganó mucha visibilidad social y la propuesta de reforma fue derrotada por apenas cuatro votos. El éxito parlamentario llegará cuatro años más tarde, en 2008, cuando gracias a la nueva mayoría de la alianza de izquierda Frente Amplio, el Congreso aprueba una Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426) que incluye capítulos relativos al aborto. Sin embargo, el presidente del mismo partido, Tabaré Vázquez, mantiene la ley, pero veta dichos capítulos y el aborto ilegal sigue en su *statu quo*.

Finalmente, en 2012, durante el gobierno de José Mujica, también del Frente Amplio, se aprueba la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (N°18.987). Sin embargo, el proyecto aprobado no es el que había sido impulsado en 2008 puesto que, para asegurarse la mayoría necesaria y que el proyecto salga, el Frente Amplio accede a negociar la inclusión de condiciones más restrictivas.

La aprobación y modificación parlamentaria se da del siguiente modo: el proyecto que retoma los artículos vetados en 2008 es votado favorablemente por

el Senado, la cámara de origen del texto legislativo. En Diputados, no obstante tener mayoría propia, el Frente Amplio evalúa que su bancada no alcanza para aprobar el proyecto proveniente del Senado porque sabe que al menos un legislador propio va a votar en contra. Les falta un voto. Desde el pequeño Partido Independiente, de cuño demócrata cristiano, el diputado Iván Posada accede a aportar el voto faltante a cambio de introducir modificaciones. Se modifica entonces el contenido de la ley, haciéndola más restrictiva, y sus fundamentos, volviéndose un texto menos comprometido con la autonomía reproductiva de las mujeres, como lo muestra el lenguaje inicial de su primer artículo:

*El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.*

Con la voluntad política de que la interrupción voluntaria del embarazo se convierta por fin en ley y ponderando la correlación de fuerzas existente, el Frente Amplio decide aceptar las modificaciones y consigue así la aprobación del proyecto.

Ante el cambio legal, los sectores anti-derechos reaccionan. Esta vez no cuentan con el veto presidencial a favor de sus planteos. Así que su primera tentativa, con el objetivo de derribar la ley, es llevarla a referendo popular. Según la normativa uruguaya, antes de lanzar un referendo, se requiere que en un pre-referendo para legitimar la realización del mismo, participe al menos el 25 por ciento del electorado. El referendo popular no tendrá lugar, pues al pre-referendo realizado en 2013, sólo concurren a las urnas el 8,8 por ciento del padrón, por lo tanto, fracasa. De esta manera, la ley queda en los hechos refrendada por la abrumadora mayoría (91 por ciento) que se abstiene de ir a votar, quitando el apoyo a la realización de un referendo que podría haber habilitado el camino a la derogación de la ley.

La ley queda legitimada por la voluntad popular, pero eso no significa que haya dejado de ser objeto de contestaciones.

El nuevo texto legal, por un lado, sigue siendo objeto de embates judiciales empujados por sectores contrarios al aborto legal y coexiste con la criminalización del aborto por fuera de las condiciones de la ley (tanto en el Código Penal vigente como en el texto que supone la reforma de dicho código, que está actualmente en discusión parlamentaria). Por otro lado, ha sido objeto de numerosas y justificadas críticas por parte de las feministas y otros actores favorables al derecho al aborto. Pero con todo, y a pesar de todo, Uruguay es hoy el único país de América del Sur cuyo Estado nacional ha reconocido por vía legislativa la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho.

## El contenido de la ley

De manera concisa, el texto de la ley 18.987 promulgada el 22 de octubre de 2012, contiene las siguientes definiciones:

- En relación con las penalidades:
  - el aborto está despenalizado en los plazos y condiciones determinados por la ley,
  - sigue penalizado cuando se realiza por fuera de tales condiciones, siendo entonces aplicables las penas vigentes desde 1938.
- En relación con la situación del embarazo y el tiempo gestacional:
  - a simple solicitud de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación;
  - en caso de violación, la cual debe ser denunciada, hasta las 14 semanas de gestación;
  - en caso de grave riesgo para la salud de la mujer embarazada y en caso de malformación fetal incompatible con la vida, no hay límites temporales establecidos.
- En relación con los requerimientos para acceder a la práctica:
  - en los casos de hasta 12 semanas y a solicitud de la mujer, la mujer debe consultar con un equipo de tres profesionales de salud (médico ginecólogo, especialista en salud mental y especialista en el área social) y esperar al menos cinco días “de reflexión” sobre su decisión, antes de recibir las orientaciones de un ginecólogo, para abortar con medicamentos o ser sometida a una intervención, según las reglas del Manual elaborado ulteriormente por el Ministerio de Salud.
- En relación con la prestación del servicio:
  - sólo está habilitada en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). No es posible brindar servicios legales de aborto por fuera del SNIS, lo que impide su oferta por organizaciones no gubernamentales (como sucede por ejemplo en el Distrito Federal de México, donde asociaciones con clínicas privadas realizan abortos dentro de la ley, ampliando la cobertura).
  - es un acto médico sin valor comercial.
- En relación con la nacionalidad:
  - pueden acceder a los servicios las ciudadanas uruguayas.
  - las mujeres extranjeras pueden hacerlo sólo si tienen residencia legal mayor a un año en el país; la antigüedad se determina por historia clínica o, en su defecto, por certificado de la autoridad correspondiente.
- En relación con la objeción de conciencia:
  - la ley permite la objeción de conciencia de las y los profesionales que así lo indiquen.

- también reconoce la opción de que instituciones prestadoras de servicios de salud rehúsen realizar la práctica, bajo la figura de la objeción de ideario institucional.

A modo de ejemplo del “lenguaje” negociado de la ley, podemos mencionar el artículo 6to, inciso *a*, según el cual la interrupción de la gravidez podrá realizarse fuera de plazos y requisitos:

*Quando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.*



## CAPÍTULO I

### EL CONTEXTO Y EL PROCESO POLÍTICO DEL ABORTO

*Empecemos por decir que no les fue fácil a las compañeras mujeres, no les fue fácil, nadie les regaló nada.*

(Juan Castillo, dirigente político y sindical)

Uruguay tiene una población de 3.419.000 habitantes, mayoritariamente urbana y concentrada en el área de la capital, Montevideo. Presenta buenos indicadores socio-económicos y sanitarios, como por ejemplo tasas de alfabetismo y de acceso al agua potable cercanas al 100 por ciento. Su tasa de mortalidad materna es baja en términos absolutos y relativos para la región latino-americana, con 14 muertes por 100.000 nacidos vivos <sup>10</sup>.

En términos políticos, la democracia se restablece en 1985 tras la dictadura cívico-militar que se extendiera desde 1973 en el país. Durante todo el siglo XX, hay dos grandes partidos, el Partido Nacional o Blanco (más conservador) y el Partido Colorado (más liberal). En la década de 1970 se forma la alianza de izquierda Frente Amplio, integrada por los partidos Socialista, Comunista, y otras variantes de izquierda y demócrata-cristianas, cuyo peso electoral irá en aumento a lo largo del tiempo.

En 2004, luego de décadas de acumulación de fuerzas de izquierda sostenidas desde el movimiento sindical y otros movimientos sociales, por primera vez un candidato del Frente Amplio, Tabaré Vázquez, es elegido presidente en Uruguay. Desde entonces, el Frente Amplio ha ocupado la Presidencia del país y ha tenido mayoría parlamentaria propia.

---

<sup>10</sup> Ver anexo: *Datos sociodemográficos y sanitarios*



La mayoría de los dirigentes del Frente Amplio, con excepción de Vázquez, han apoyado la liberalización del aborto. En el Partido Colorado, parte de su dirigencia, incluyendo al ex presidente Julio Sanguinetti (que ejerció la presidencia durante los períodos 1985-1990 y 1995-2000), ha sostenido posiciones liberales, al tiempo que el partido Nacional presenta posiciones más conservadoras. Todos estos partidos se reivindican como partidos laicos, no-religiosos <sup>11</sup>.

Para situar mejor la reforma legal del aborto en el contexto del país es crucial subrayar los fuertes sesgos de su cultura política laica. La tradición laica, que se remonta a las reformas políticas de la primera mitad del siglo XX, se atribuye a las características de la población inmigrante, la sociabilidad urbana, la educación pública, la baja religiosidad, cierto *ethos* republicano e igualitarista en el que la religión y otros factores diferenciadores no suelen expresarse en la esfera pública.

La construcción de la agenda del aborto como cuestión legal y de políticas públicas se comprende a partir de la tensión entre la construcción feminista del aborto como cuestión de derechos y autonomía de las mujeres, y la construcción biomédica y tutelar del aborto como cuestión de salud pública. Esta tensión se va a plasmar, como veremos, en ambivalencias en el contenido y lenguaje de la ley de aborto aprobada en 2012. A su vez, ambas construcciones reformistas, la feminista y la tutelar, confrontan con la visión conservadora que busca mantener el aborto en la ilegalidad y clandestinidad.

## Movimiento de mujeres y feminismo

Las luchas contemporáneas por la reforma legal del aborto deben ser ubicadas en el telón histórico más largo de la trayectoria de los feminismos y de los derechos de las mujeres (Pousadela, 2016).

Ya a fines del siglo XIX se crean en Uruguay las primeras organizaciones de mujeres trabajadoras y los primeros grupos feministas en el seno de organizaciones anarquistas, compuestas tanto por uruguayas como por mujeres migrantes provenientes de Europa. Sumada a la cultura laica y el espíritu político liberal, la capacidad organizativa de las mujeres desde muy temprano ha tenido efectos positivos sobre las normativas legales.

La Sección Femenina de la Federación Montevideana de la Asociación Internacional de Trabajadores fue fundada en 1881. En 1910 tiene lugar el Primer Congreso Internacional de Feministas y en 1911 se forma el primer grupo feminista uruguayo. En 1916 se crea un Consejo Nacional de Mujeres y en 1919

una Alianza sufragista. En 1927 vota por primera vez una mujer (para un plebiscito); el sufragio femenino se aprueba en 1932, y el voto femenino se ejerce por primera vez para una elección nacional en el año 1938. En 1942 se eligen por primera vez dos diputadas y dos senadoras. En 1946, a iniciativa de estas primeras legisladoras, se aprueba una Ley de Derechos Civiles de las mujeres que equiparan capacidades legales entre varones y mujeres (Pousadela, 2016).

Las históricas luchas y los cambios legales han tenido impacto en los niveles de educación femenina, de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo formal, e incluso en la fecundidad y tamaño de las familias. Ya en la primera mitad del siglo XX, Uruguay se encontraba en un proceso de transición demográfica caracterizado por la caída de la fecundidad y de la mortalidad. Como entonces no existían los métodos anticonceptivos llamados “modernos”, el control de la fecundidad se hacía mediante el coito interrumpido, el uso de condones y el aborto.

Otro período crucial para mirar la trayectoria feminista corresponde a los años 1960-1970. Numerosas mujeres se involucraron en los partidos de izquierda y algunas también en la lucha armada, siendo víctimas del terrorismo de Estado impuesto por la dictadura desde 1973. Desde los 80, las mujeres también serán protagonistas de las luchas de resistencia por la democracia, los derechos humanos, la justicia y la memoria. Al mismo tiempo, fueron dando cuerpo a iniciativas de la llamada segunda ola feminista que, como en otros países de la región, han tenido tanto expresiones de clase media y académicas cuanto han tomado formas de organizaciones políticas y sociales de base popular.

En la década de 1980 fue fundamental la participación de feministas y organizaciones de mujeres en la Concertación de Mujeres que componía la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), instancia de articulación amplia para definir los rumbos de la transición democrática. La legalización del aborto no fue incluida como tal en la agenda de democratización de la CONAPRO, pero sí se recomendó allí que se debatiera la temática. Se excluyó el tema no por argumentos morales o religiosos sino bajo el pretexto de la imposibilidad de alcanzar un consenso. Esta dinámica argumentativa que, sin invocar argumentos religiosos u otros, pospone el tratamiento político del aborto en nombre de que hay otras prioridades más estratégicas, signará tanto al sistema político en su conjunto como al propio Frente Amplio cuando se decida a encarar el proyecto de ley.

<sup>11</sup> Ver anexo: *Partidos políticos*.

### Primer proyecto de reforma legal del aborto

En 1985, desde el Partido Colorado de tradición liberal, bajo la presidencia del también liberal Julio María Sanguinetti, dos legisladores oficialistas, Daniel Lamas y Víctor Vaillant, presentan el primer proyecto de despenalización de la etapa democrática, que no logra tratamiento en cámara parlamentaria.

Durante los ochenta, crecen y se diversifican las organizaciones y redes de mujeres. Se creó el primer Grupo de Estudios sobre la Condición de la Mujer (GRECMU) con investigadoras y docentes universitarias. Surge el proyecto Condición de la Mujer en la Asociación Uruguaya de Panificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), filial de IPPF. Se constituye el Plenario de Mujeres del Uruguay (PLEMUU), por la condición de la mujer, que incluía la Liga de Amas de Casa. En 1985 se conforma la Asociación de Meretrices Públicas del Uruguay (AMEPU). Surge Cotidiano Mujer con la definición pública de grupo feminista de comunicación. En 1986 se constituye la Comisión de Mujeres del Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) y al año siguiente se realizó el Encuentro Nacional de Trabajadoras, preparatorio del Congreso Nacional de Trabajadores.

El papel de las mujeres en el sindicalismo, organizadas como tales tanto en algunos sindicatos como al nivel central, será fundamental décadas más tarde en la dinámica de alianzas detrás del proyecto de aborto, en parte sirviendo de puente entre feministas, sindicalistas y dirigencia del Frente Amplio y del gobierno.

En 1987 se crea la Coordinación Nacional de Mujeres. En 1988 se establecen en Uruguay las Católicas por el Derecho a Decidir. En esos años se funda la Casa de la Mujer “María Abella”, primer centro de atención en salud de las mujeres vinculada a la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe. A inicios de la década de 1990, se conforma la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica, y en 1992 surge el Espacio Feminista, involucrando a 60 organizaciones y personas con una agenda de articulación nacional e internacional y de incidencia sobre los medios y el debate público, que incluye el tema del aborto. En 1996 se realiza el Primer Encuentro Nacional Mujer y Salud donde se abordan temas vinculados a la salud sexual y reproductiva, incluido aborto, a partir del cual se constituye Mujer y Salud de Uruguay (MYSU), en tanto articulación de personas representantes de organizaciones que trabajan en dicho campo. Mujer y Salud, creada en 1996 como coalición de organizaciones de mujeres y académicas, tendrá desde entonces al tema del aborto como un eje central de

su accionar. MYSU será una voz clave en el debate público, en la generación de evidencias a través de la creación de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva y contribuirá a la articulación y coordinación con otros actores sociales (como los sindicatos) y políticos, y a sostener una palabra pública crítica con ellos cuando las situaciones lo ameriten.

Cada vez más, las organizaciones y redes locales establecen conexiones regionales e internacionales, como con las Católicas, la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, que en el período formó parte de encuentros estratégicos sobre muerte materna y aborto (Ámsterdam en 1984, Costa Rica en 1987 -donde se define el 28 de mayo como Día de acción por la salud de las mujeres-, Santiago en 1991). En los Encuentros de mujeres y feministas regionales, especialmente el Encuentro de San Bernardo en Argentina (1990), se fue consolidando un consenso regional sobre la legalización del aborto, y se creó la Campaña del 28 de Septiembre.

*Parto de ahí, del eslogan, porque termina siendo un eslogan que se puede utilizar: “Yo aborto, tú abortas, todos callamos”, al último eslogan que usamos que era: “Yo aborto, tú abortas, nadie más se calla”, ahí corre un promedio de veinticinco años, veintisiete. (Lucy Garrido)*

A medida que el movimiento feminista se diversifica y se consolida, también va consolidándose la demanda por el aborto, bandera central de la agenda política feminista.

### Segundo proyecto de reforma legal del aborto

En 1993, las fuerzas de izquierda elaboran su primer proyecto de legalización del aborto presentado en Diputados por Rafael Sanseviero y Carmen Beramendi, que tampoco prosperó.

Ese momento coincide con un tiempo de intersección productiva entre las dinámicas feministas nacionales, regionales y globales, una marca de los 90. Hubo una fuerte presencia de las representantes uruguayas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y más especialmente en la IV Conferencia Internacional de la Mujer de Beijing en 1995, y en sus revisiones regionales y globales (1999/2000; 2004/2005; 2009/2010; 2014/2015) en términos de la definiciones acordadas sobre salud y derechos reproductivos y sexuales, y aborto.

En el contexto de la sinergia virtuosa entre los planos nacional, regional y global, surge la Comisión Nacional de Seguimiento de Beijing (CNSmujeres) en

1995, con el propósito de monitorear los compromisos asumidos por el Estado uruguayo ante el sistema de Naciones Unidas y exigir la traducción de los acuerdos y programas en políticas públicas y servicios a nivel nacional. CNSmujeres, con los resultados de sus estudios de seguimiento, elabora la *Agenda de las Mujeres* como plataforma política consensuada entre sus más de 70 organizaciones integrantes de todo el país. Estas *Agendas* fueron realizadas en cada año electoral: 1999, 2004, 2009 y 2014.

Las organizaciones con trabajo en salud y derechos sexuales y reproductivos amplían el arco de alianzas en la sociedad civil y actúan, por ejemplo, junto a la Intendencia de Montevideo, a cargo del Frente Amplio, en la implementación de políticas de salud para las mujeres. En la construcción del primer Plan departamental de igualdad de oportunidades y derechos hubo un capítulo específico sobre salud y derechos sexuales y reproductivos donde se establece el acuerdo con organizaciones sociales como MYSU para la participación en la definición de contenidos, control de implementación y evaluación de las acciones.

En 1999, 2004 y 2009, en el marco de la Agenda de las Mujeres elaborada desde CNSmujeres, MYSU fue la organización a cargo de los capítulos de salud y derechos reproductivos, en los que fue cobrando cada vez mayor centralidad la reivindicación del aborto legal como un derecho fundamental de las mujeres. Esto incluyó el posicionamiento de una de las dos redes de mujeres rurales del país, de las afrodescendientes, de las de base comunitaria, entre otras.

Durante todo el período, las organizaciones bajan al llano las discusiones y dinámicas, así como las definiciones de los programas de acción acordados en las conferencias internacionales. El aborto se intersecta con otras temáticas como educación, violencia de género, trabajo y participación política, y se instala la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en tanto cuestión de justicia social y democrática, como puede ser ilustrado por la visión de un sindicalista hombre sobre el tema:

*La primera batalla la siento que me la ganaron a mí mismo en la cabeza, yo entendía que no podíamos estar ausentes cuando se peleaba de un derecho tan sagrado, como era la vida, en este caso para nuestras compañeras mujeres, y que a pesar de que todavía en aquella instancia no era una bandera de la Central Sindical, esta Central Sindical por su carácter de única, involucra el conjunto de las mujeres en el mundo del trabajo.* (Juan Castillo)

En la década del 2000 fueron creadas nuevas articulaciones, como la Coordinación de Organizaciones para la Ley de Salud Reproductiva y la Coordinadora por el Aborto Legal. Además pueden mencionarse diversas acciones: *Coordinadora por el Aborto se posiciona en el PIT-CNT* (septiembre de 2009); *Intervención ¿Cuántas más tienen que morir? ¿Qué más hay que ver?* (agosto de 2011); *Ama-*

*necer Naranja* (marzo de 2012); *¡Nadie más se calla!* (mayo de 2012); *Cuerpos Desnudos* (2009 en año electoral y septiembre de 2012, cuando se estaba votando la ley finalmente aprobada); la instalación de las *Jornadas por la Salud Sexual y Reproductiva* co-organizadas entre MYSU y PIT-CNT que desde 2012 se reúne dos veces al año, nuclea a más de 250 representantes de organizaciones diversas de todo el país.

Tales iniciativas amplifican los espacios y posibilidades para debatir la legalización del aborto en la sociedad e incidir con mayor fuerza sobre el sistema político, en particular sobre el Frente Amplio, al interpelar políticamente no sólo en cuanto al género, la salud y la sexualidad, sino también en cuanto a las agendas más amplias de la agenda democrática, del desarrollo y de la justicia social.

En la publicación de la CNSmujeres, *Agenda 2009*, se plantea la reivindicación del aborto en estos términos<sup>12</sup>:

*Revisar y armonizar la legislación nacional para reconocer, promover y garantizar el ejercicio libre de la sexualidad y las decisiones autónomas sobre la vida reproductiva, de acuerdo a los compromisos asumidos por el Estado uruguayo ante el sistema internacional de Derechos Humanos.*

*Aprobar una ley que descriminalice y despenalice el aborto, reconociendo el derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción de un embarazo y garantizar el acceso a servicios de aborto legal.*

*Implementar y garantizar los servicios incluidos en la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva aprobada en esta legislatura.*

*Implementar y garantizar las leyes promulgadas para la promoción y reconocimiento de los derechos de la diversidad sexual.*

*Generar mecanismos de control en la implementación de las normativas sanitarias existentes y establecer sanciones por su incumplimiento tanto en los servicios públicos como privados del Sistema Nacional Integrado de Salud.*

En el contexto de la ciudadanía democrática y basado en los principios de libertad e igualdad, en relación con el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, el aborto como derecho está en el centro de la lucha política feminista. Basta con recorrer, entre la gran cantidad de materiales que MYSU produjo en el período, las principales frases movilizadoras de tres campañas gráficas:

***Aborto en Uruguay. Las mujeres deciden, la sociedad respeta, y el Estado garantiza.*** (2004, 2007)

<sup>12</sup> CNSmujeres, Derechos sexuales y reproductivos, Agenda 2009. Una propuesta política de las mujeres organizadas, CNS, Montevideo.

*Mientras ellos ponen las condiciones, nosotras ponemos el cuerpo.* (2012)

*Libres para decidir.* (2013)

En el centro de las luchas feministas está el aborto, y en el centro de la lucha por el aborto están los derechos de las mujeres. No se trata pues de una visión tutelar ni victimista, todo lo contrario: se basa en el reconocimiento de una problemática social, la legitimación ciudadana de los derechos sexuales y reproductivos, la conflictividad de la inequidad de género, y una perspectiva integral de los derechos humanos, con un Estado que no solo no debe criminalizar u obstaculizar, sino que debe garantizar y promover la titularidad y el ejercicio de los derechos.

La segunda década del 2000 asiste al surgimiento de nuevas expresiones feministas, grupos de la diversidad sexual y de derechos, y vertientes comprometidas con la política *queer*. Como en otros países, empiezan a haber grupos que trabajan en consejería pre y post-aborto, básicamente a través de líneas telefónicas. Ese fue el caso del grupo de Mujeres en el Horno, que desde antes de la ley de 2012 manejaban una línea de aborto seguro.

Dada esta tradición de amplia participación política de las mujeres, cabe mencionar una paradoja. En Uruguay, el porcentaje de mujeres que integran las cámaras legislativas ha sido históricamente uno de los más bajos de la región: menor al diez por ciento en las primeras décadas de transición democrática, recién en 2009 aumenta a 15 diputadas electas (15,2%) y 4 senadoras (12,9%), para alcanzar su pico en 2015, luego de una elección que tuvo cuotas de inclusión por género en las listas, a 19 diputadas (17,9%, sobre un total de 106) y 10 senadoras (27,0%, sobre un total de 37). La novedad del año legislativo 2015 es que las mujeres han conseguido niveles mayores de presencia en el Senado y sobre todo en el ejercicio de suplencias en ambas cámaras (75 de un total de 204 suplencias en Diputados y 17 de un total de 50 suplencias en el Senado). Varias suplentes asumieron bancas al pasar los titulares a ocupar cargos en el nuevo Poder Ejecutivo. El atraso se verifica especialmente en las bancas titulares de la Cámara de Representantes (Programa de Estudios Parlamentarios UDELAR, 2016). A pesar de existir desde hace más de una década una Bancada Bicameral Femenina (Johnson, 2009), todavía son pocas las mujeres que ocupan cargos políticos altos.

## El sistema de salud y los actores médicos

En la escena política de la reforma del aborto han intervenido las feministas y sus organizaciones, pero también han tenido un papel crucial los actores médicos y sanitarios.

Desde el final del siglo XIX, una marca del Estado uruguayo es su cultura tutelar, con fuertes sesgos regulacionistas inspirados por los principios del higienismo y el sanitarismo (Barrán 1992). Es en estos términos, y no porque se hayan escuchado voces de mujeres, que se comprende el breve interregno de aborto despenalizado entre 1934 y 1938. Alejandra López (2015) lo resume así:

*Barrán (1992), quien estudió el papel de la medicina en la transformación de la sociedad uruguaya de comienzos del siglo XX –la sociedad del novecientos– analizó cómo determinados asuntos sociales fueron progresivamente considerados como problemas médicos mediante el otorgamiento de cientificidad a una estrategia higienista sobre el cuerpo y los intercambios humanos. De esta forma, la medicina fue una de las principales fuentes ideológicas en la que se sostuvo la nueva sensibilidad civilizada. El poder político y el poder médico se enlazaron estratégicamente para construir una nueva cultura mediante el reconocimiento del monopolio médico sobre curar, medicar y certificar la normalidad mental. Esto implicó complejos procesos de producción de nuevas subjetividades subordinadas al saber-poder médico, con estrategias de clasificación de los/as pacientes en buenos-malos, puerilización y tutelaje. El saber convirtió al médico “en el único poder capaz de leer el cuerpo y el alma y, también, en el único capaz de legislar sobre la salud física y mental de los hombres, la más alta preocupación de cualquier política en la sociedad del Novecientos” (1992:193).*

La tradición política e institucional del poder médico va a sostener su peso y legitimidad política en el curso de la última transición democrática. Su impronta se verá tanto en el proceso político que llevará al aborto legal en 2012 como en el contenido y lenguaje de la ley, en aspectos basados más en la tutela protectora sanitaria y el protagonismo de la corporación médica, que en los derechos de las mujeres a su autonomía.

El sistema de salud de Uruguay sigue una larga tradición de salud pública, con una presencia central del Estado, aun en un contexto regional y global en que prevalece la lógica de la fragmentación y privatización. En 2008, se lanzó una reforma con el fin de promover cambios en el modelo de cobertura, gestión, atención y financiamiento, mediante dos herramientas: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como organización de la red asistencial público-privada de servicios, y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que lo financia con fondos de un seguro público obligatorio. Uruguay busca de este modo avanzar hacia el aseguramiento sanitario universal, basado en el aporte de las y los beneficiarios según sus ingresos y la recepción de las y los beneficios según necesidades, siguiendo principios de solidaridad y derechos. La intensificación del debate sobre aborto y las consecuencias sanitarias del aborto clandestino coincide en el tiempo con el proceso de la reforma del sistema de salud.

La reforma amplió la cobertura, integró el sistema público y de las asociaciones mutualistas que constituyan el grueso de la red de salud no estatal del país, y estabilizó la financiación pública. Según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) para el año 2011, 58,5% de la población está cubierta mediante las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC); 31,6% por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); 7,2% corresponde al sector militar/policial; y 2,1% tiene seguro médico privado.

El carácter integrado del sistema de salud implica que las leyes y normativas sanitarias sean vinculantes para todos los efectores, tanto los prestadores públicos como aquellos que dependen del seguro privado pero que están regulados por el Ministerio de Salud Pública.

En consonancia con los principios de la reforma sanitaria, un rasgo específico de la ley de interrupción voluntaria de embarazo es que el servicio se presta únicamente en el sistema integrado de salud y se considera como un acto médico sin valor comercial. La exclusión del aborto de la lista de prácticas pagadas por capitación apunta a evitar el afán de lucro, pero al mismo tiempo puede funcionar como desincentivo para los profesionales (como en el caso de la colocación de DIU).

La presencia histórica y organizada de una perspectiva sanitarista de salud pública con liderazgo y articulación desde el Estado se refleja asimismo en que hay en Uruguay corporaciones y figuras médicas con alta visibilidad, incluso con protagonismo en el sistema político: el propio Tabaré Vázquez es médico oncólogo y ha hablado desde su lugar de médico para justificar sus decisiones políticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Y, desde otro lado, la senadora Mónica Xavier también resalta su propia trayectoria en la profesión médica para explicar su involucramiento con el tema del aborto.

*Yo participé desde el año 2000 que soy legisladora titular, en diferentes instancias para promover una ley que permitiera la autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos. Soy médica de profesión y si algo me marcó en la profesión fue ver durante el periodo que hice ginecología y obstetricia, mujeres jóvenes llegando al Hospital de la Mujer público que no confesaban que habían practicado una interrupción del embarazo que cursaban, de las formas más brutales, por ejemplo, sangrando y falleciendo por esa razón, por haberse colocado pastillas de permanganato que lo único que hacían era perforar la pared de la vagina, de una parte del aparato ginecológico, y desangrarse, sin dar una pista acerca de lo que habían hecho, para poderse salvar. Entonces, de alguna manera, esa experiencia profesional me ayudó a comprometerme a que si en algún momento además de la labor profesional coincidía con alguna posibilidad de ayudar a que este tema se resolviera, lo iba a hacer. (Mónica Xavier)*

Los liderazgos desde el Ministerio de Salud han jugado un papel clave en los procesos legislativos y reglamentarios del aborto. En articulación con el Ministerio, la experiencia de Iniciativas Sanitarias, creada desde inicios de los años 2000, ocupa un lugar que es a la vez profesional, de la sociedad civil y un ámbito del Estado. Iniciativas Sanitarias será un actor clave en la introducción de una perspectiva de reducción de riesgos y daños para abordar el tema del aborto.

La dinámica institucional del sector sanitario y médico en Uruguay produce una paradoja. Si por un lado el ejercicio pleno de los derechos y autonomía reproductiva de las mujeres no puede prescindir de la existencia de un sistema de salud público, equitativo y eficiente, por otro lado esas premisas están en tensión con la lógica de medicalización en sus formas contemporáneas y cada vez más sofisticadas, y el imperio de las prioridades de la salud pública. De ahí resulta que el gradual reconocimiento legal de la interrupción del embarazo se iría a justificar en las discusiones legislativas, en gran medida, por metas sanitarias, como la disminución de la morbilidad materna por complicaciones de aborto.

## **El proceso político y dinámicas hasta la aprobación de la ley en 2012 y los acontecimientos posteriores**

### *Hasta los 2000*

La ley N° 9.763, vigente hasta 2012, que criminaliza el aborto, databa del año 1938. Como fuera mencionado, esta ley definía el aborto como delito pero establecía que la pena podría ser atenuada o eximida por un juez en caso de violación, honor de la familia, penuria económica y riesgo de vida para la mujer, cuando fuera realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer, en donde no corre el plazo.

Pero en los cuatro años anteriores a 1938 el aborto había estado despenalizado por razones sanitarias. La marca de esa experiencia previa de despenalización, junto con una tolerancia social de facto, explica en parte por qué la ley punitiva de 1938 nunca ha sido, en los hechos, implementada con rigor. El aborto estaba penalizado legalmente pero tolerado en la práctica (Sanseviero, 2003).

El *statu quo* se mantuvo hasta la segunda mitad del siglo XX. Incluso, es casi insólito registrar que durante la dictadura militar hubo una propuesta de despenalización, la cual se justificaba en base a una argumentación higienista y de reducción de la pobreza.

Ya en democracia, con impulso de las organizaciones feministas, en varias legislaturas se presentan proyectos. El primero, en 1985, es elaborado por algunos

representantes del Partido Colorado, en una perspectiva liberal de descriminalización para ajustar “la ley a la realidad”. En 1993, un segundo proyecto de descriminalización amplia elaborado junto con la abogada feminista Graciela Dufau es presentado por el diputado comunista del Frente Amplio Rafael Sanseviero y la diputada Carmen Beramendi. El proyecto descriminaliza el aborto, excepto en caso del aborto forzado. Su tramitación coincide con la repercusión pública de la muerte de una mujer por aborto inseguro. En 1994 la Comisión de Bioética aprueba el proyecto con modificaciones, pero no es llevado al plenario. Cuatro años más tarde, en 1998, bajo el impacto de una investigación sobre clínicas clandestinas, la diputada Frentista Raquel Barreiro retoma el proyecto, pero estando el Frente Amplio en minoría, y sin apoyo de las mayorías parlamentarias, una vez más la tramitación no prospera.

Esas “frenadas” estuvieron asociadas a resistencias ideológicas de las bancadas del Partido Colorado y Nacional, pero también al temor que tenían los dirigentes del Frente Amplio de asumir la pauta del aborto en momentos electorales (Johnson et al., 2015). Aunque esto no haya tenido impacto público en la época, Mónica Xavier subraya que en 1994 cuando se da la discusión sobre el proyecto de Sanseviero y Beramendi, en los debates internos al Frente, Tabaré Vázquez, entonces candidato a la presidencia (elección que perdería), anuncia su oposición a descriminalizar el aborto, posición personal para él innegociable.

#### Años 2000-2009

La coyuntura siguiente se conforma con el cambio de milenio. En el auge de la crisis económica, instalada en todo el Cono Sur por efecto de la crisis asiática de 1998, se registran muertes de mujeres por aborto, lo que desencadena un debate público y permite la irrupción de un nuevo discurso médico sobre el tema.

En 2001, llama la atención pública las muertes maternas por complicaciones de aborto registradas en el Hospital Pereira Rossell. Esto funge de catalizador para organizar una respuesta desde el propio hospital.

La presencia pública e institucional de una voz médica fuerte y amplia en defensa de la descriminalización del aborto es un hecho político que no se verifica de manera comparable en otros países de la región. Estructurada en torno a la idea de reducción de daños y riesgos, inspirada en la respuesta a los daños asociados al consumo de drogas en el contexto de la epidemia de Sida, esa línea de intervención propone que, dado que el aborto inseguro existe y va a seguir existiendo, y para evitar muertes y otros daños asociados a su práctica insegura, los médicos y el sistema de salud deben ofrecer información y medidas para prevenir riesgos mayores y complicaciones a las mujeres. Esta perspectiva es apoyada por el Sindicato Médico y otras instituciones relevantes del campo de la salud.

Organizados desde 2001 en torno de Iniciativas Sanitarias, profesionales de la salud comprometidos con el tema, como Leonel Briozzo, comenzaron a promover un modelo de salud pública de reducción de riesgos y daños en materia de aborto: publicaciones científicas y de divulgación, acciones de consejería pre- y post-aborto, y progresivamente desde el desarrollo de guías de atención para abortos incompletos a la redefinición de reglamentos y normas.

Desde Iniciativas Sanitarias logran involucrar en el consenso por un Protocolo de Atención, a la Sociedad Uruguaya de Ginecología, el Consejo de la Facultad de Medicina y el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico de Uruguay. Ese esfuerzo también cuenta con la colaboración de actores no médicos y, de algún modo, dialoga con las organizaciones feministas. Por efecto de esas movilizaciones, el Ministerio de Salud adopta el Protocolo en agosto de 2004, algunos meses después que un nuevo proyecto de ley de legalización del aborto fuera derrotado en el Parlamento. El modelo impulsado desde el sector profesional es exhibido como una alternativa factible de encarar el aborto desde un lugar no punitivo, aun en contextos hostiles a la liberalización por vía legal y al pleno reconocimiento de los derechos de las mujeres.

*Lo que logramos fue que claramente se entendiera el modelo, de que el modelo no estaba a favor del aborto, no promovía el aborto, que de hecho es una cuestión que está escrita y en todos lados lo hemos planteado, sino que lo que nosotros queríamos era reducir los riesgos y los daños y que no íbamos a participar del acto de aborto en sí mismo, porque eso era lo que desde el punto de vista ético se criticaba. Y logramos probar, que fue muy difícil, que con el asesoramiento se disminuía el riesgo. (...) Desde el punto de vista de la salud, lo planteamos siempre desde la óptica sanitaria, sin entrar en el derecho a decidir y lo hicimos con esta perspectiva. Con el modelo de reducción de riesgos y daños lo que logramos es disminuir la muerte materna. (Leonel Briozzo)*

Las organizaciones feministas también se movilizan en la crisis de las muertes maternas de 2001-2002. Desde MYSU, por ejemplo, se venía trabajando con ginecólogas del Hospital Pereira Rossell en relación con el incremento de los problemas derivados del aborto clandestino, pero también directamente con algunas de las parlamentarias para volver a impulsar la despenalización. Importa destacar aquí que, en el seno del movimiento sindical, durante el Séptimo Congreso de PIT-CNT del año 2001, la central única de trabajadores -ligada a su vez al Frente Amplio-, adopta una resolución favorable al aborto legal. La interacción entre organizaciones feministas y las mujeres sindicalistas fue progresivamente instalando la demanda, hasta hacerla una bandera central del movimiento obrero. Esa doble vía se ha dado con tensiones.

El primer vínculo entre feministas y compañeras sindicalistas fue desde CNS-mujeres, donde se trabajó juntas en la elaboración de la Agenda de las Mujeres y luego con MYSU hasta la actualidad con la organización de las Jornadas Nacionales por la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos que se realizan desde 2012.

El argumento principal para vincular a los sindicatos ha sido la injusticia social que implica la clandestinidad del aborto. Son mujeres de la clase trabajadora las que a menudo carecen de recursos para pagar un aborto clandestino en condiciones de seguridad, y son mujeres de la clase trabajadora las víctimas fatales de los abortos clandestinos.

*Para introducir el tema del aborto dentro de los sindicatos, también costó muchísimo porque en realidad el discurso hacia fuera parece muy amplio y muy inclusivo, pero en la interna cuesta mucho tomar el tema. Es más, hubo momentos (en los) que estuvimos medio aislados como Secretaria de Género, Equidad y Diversidad del PIT-CNT. En 2012, fue (en) el (acto del) 1º de mayo que se logró subir y hablar dentro de la plataforma sindical, poder mencionar el tema hacia todos los trabajadores. (Tamara Gascón)*

*Hace años que venimos trabajando sobre el tema, coordinando entre otros actores, con MYSU y otras organizaciones sociales al respecto y trabajando (...) Si hay una cosa de la que nos podemos vanagloriar como organización de trabajadores y central única es de la coordinación y el trabajo con otras organizaciones sociales. Creo que el ejemplo claro con MYSU y otras organizaciones, como Mujer Ahora, Cotidiano Mujer, que han marcado posiciones en esto del aborto, es significativo. Para nosotros es muy importante la coordinación con otros actores sociales, y ha dado frutos, en este caso por ejemplo, ¿no? (Alejandra Filis)*

*Cuando entendimos que este era un problema importante para una parte de esa clase obrera y trabajadora que eran nuestras mujeres, yo creo que fue más fácil, no había sindicato que no estuviera compenetrado con esto, ni bandera de organización que no estuviera colocada en la marcha, fue una muy buena cosa, fue un aprendizaje puesto en eso. (Juan Castillo)*

Tanto el contexto político general como el accionar de los movimientos sociales contribuyen para que instituciones y nuevos sectores sociales tengan la oportunidad de demandar la legalización del aborto.

### Tercer proyecto de reforma legal del aborto

En 2002, legisladoras de diversos partidos presentan un proyecto de ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la despenalización del aborto. El proyecto llega al plenario pero no logra su sanción.

En 2002, durante el gobierno de Batlle, se aprueba una Ley de Violencia Doméstica y Sexual (Nº17.514), al tiempo que se fortalece la Bancada Femenina, integrada por legisladoras de todos los partidos políticos.

Como respuesta a la crisis de las muertes maternas por aborto, legisladoras de la Bancada Femenina (como Glenda Rondán, de un sector Colorado enfrentado en este punto con Jorge Batlle, y Margarita Percovich del Frente Amplio) presentan un nuevo proyecto de ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, que incluye la despenalización del aborto. Por primera vez, un proyecto de despenalización consigue llegar al plenario, siendo aprobado en Diputados en diciembre de ese mismo año.

Sin embargo, dos años más tarde, en mayo de 2004, cuando el texto llega al Senado, la propuesta es derrotada por 4 votos, aun cuando las encuestas de opinión hechas poco antes indican que el 63 % de la población apoya la reforma (Abracinskas et al. 2008). En la votación se hace público además que si hubiese sido aprobado el proyecto, el Presidente Batlle lo habría vetado, en función de un acuerdo político previo realizado en 1999 con la Unión Cívica para contar con sus votos para el ballottage, instancia incluida en la reforma electoral de 1996. Senadores oficialistas del Partido Colorado históricamente favorables a la despenalización invocan el argumento de “no forzar el veto presidencial” de Batlle y de respetar los acuerdos políticos, para votar en contra del proyecto.

En muchos países de la región opera como obstáculo a la reforma legal del aborto la percepción de los actores políticos de que la opinión pública es desfavorable al cambio, aunque no sea efectivamente así. Por ello, en Uruguay, el movimiento pro-reforma ha incentivado la difusión de las encuestas de opinión pública realizadas por consultoras, las cuales muestran que, a lo largo de la década de los noventa, el apoyo de la opinión al cambio legal nunca había sido menor que el 55 por ciento y en general rondaba el 60 por ciento o más. Esos hechos políticos indican cómo en la década que siguió a las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, en el seno de la sociedad civil y de la clase política uruguaya, va consolidándose el lenguaje de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos. En ese período surge, por ejemplo, la Coordinadora en Salud Reproductiva, articulada con otros actores sociales: jóvenes, religiosos, trabajadores

(2002). En dicho proceso, liderazgos individuales y organizativos como los de MYSU juegan un papel clave de movilización transversal de actores pero también de imaginación política creativa. En esos años, por ejemplo, se conciben las *manos naranjas* que a partir de ahí serían adoptadas socialmente como símbolo de la lucha por el aborto, lo cual trascenderá incluso las fronteras de Uruguay.

Pese a la derrota en el Senado de mayo de 2004, y para contrarrestar sus efectos, el Ministerio de Salud adopta en agosto del mismo año una normativa para implementar una política de reducción de daños en relación con el aborto inseguro, tal como fuera concebida por Iniciativas Sanitarias. Simultáneamente, otras articulaciones estratégicas se desarrollan entre sociedad civil y Estado en materia de derechos reproductivos, como por ejemplo la colaboración entre MYSU y otras organizaciones con la Secretaría de la Mujer de la Intendencia de Montevideo.

Como resultado de estos múltiples procesos, sea dentro del Partido Colorado, sea al interior del Frente Amplio, se hacen más numerosas las voces políticas favorables a la legalización, especialmente de mujeres parlamentarias, sostenidas en una base social más movilizada por las feministas que estaba ya bastante consolidada involucrando sectores estratégicos como sectores sindicales y universitarios.

Esa etapa es relevante desde el punto de vista de la trayectoria institucional de MYSU, pues en 2004 la iniciativa se convierte en organización con personería jurídica propia, lo cual fortalece la continuidad de su labor en vínculo con otras organizaciones de base, incluyendo el monitoreo en los servicios de salud e incidencia política con miembros del parlamento y los partidos políticos en relación con una ley y política integral en salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, promueve enfocar de manera clara y distinta la descriminalización del aborto. En 2006, por ejemplo, en la jornada del 8 de marzo por el Día de la Mujer, MYSU promueve una Movilización a la Presidencia y Consejo de Ministros, con el fin de pedir rendición de cuentas frente a las consecuencias del aborto ilegal: el público levanta sus manos como símbolo de la manifestación.

En 2004, el contexto macropolítico de Uruguay cambia cuando el Frente Amplio gana las elecciones presidenciales, con Tabaré Vázquez como candidato. Ante ese nuevo panorama, las fuerzas pro legalización pasan a contar con una composición del Congreso más favorable, puesto que el Frente cuenta con mayoría propia, pero al mismo tiempo anticipan la amenaza de que el presidente Vázquez vete cualquier proyecto de despenalización que logre la aprobación. El presidente electo hace esa amenaza públicamente en el 2005 en un momento que coincide con la muerte del Papa Juan Pablo II. Ese gesto no es suficiente para intimidar a las mujeres parlamentarias y otros senadores y diputados favorables al cambio legal, en parte porque el aborto ya es un tema grabado con fuerza en la plataforma política frentista y de un extenso conjunto de movi-

mientos sociales y universitarios. No sorprende, por lo tanto que en 2006, al año de asumir su primera experiencia en el gobierno, desde el Frente se inicien gestiones para presentar un nuevo proyecto similar al texto derrotado bajo el gobierno de Batlle.

En síntesis: durante los años que van de 2004 a 2008, tanto desde la sociedad civil como de los partidos políticos nucleados en el Frente, se consolida el reclamo por modificar el status del aborto. En la sociedad civil, actúan MYSU y las otras organizaciones feministas, junto con el movimiento sindical, universitario (en 2008 la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay [FEUU] incluye el aborto legal en sus resoluciones programáticas, y también hay una declaración del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República a favor del cambio legal), y el sector médico (visibilizado por Iniciativas Sanitarias y sus aliados). En el Frente Amplio están los liderazgos políticos y sindicales de mujeres apoyadas cada vez más por líderes históricos como Juan Castillo. Por otro lado, en esos mismos años, crecen en Uruguay las voces y organizaciones denominadas pro-vida, en paralelo con el aumento de grupos de la iglesia evangélica.

#### **Cuarto proyecto de reforma legal y el “veto al aborto”**

En un proceso político-parlamentario que va desde 2005 al 2008, aun cuando el presidente Vázquez haya reaccionado negativamente a la propuesta de legalización, el texto se presenta y empieza su trámite en el Congreso. La propuesta de ley contempla, desde una perspectiva de derechos, la política de salud sexual y reproductiva en todos sus aspectos, incluye medidas de reducción de daños y hace definiciones en cuanto a su implementación en el sistema público de salud. El capítulo 2 trata de la despenalización del aborto en las condiciones definidas por la ley, hasta las doce semanas de gestación, y con plazos más extendidos en los casos de riesgo de vida de la mujer y malformación fetal incompatible con la vida extrauterina. Después de debates intensos, acompañados por manifestaciones de la sociedad a favor y en contra, el Senado aprueba el proyecto que pasa a Diputados para su sanción final, en noviembre de 2008.

El presidente del Frente Amplio, Tabaré Vázquez, contra lo militado y votado por su propio partido, veta la sección de la ley que concierne al aborto. El veto, debe consignarse, no fue acompañado por la firma del conjunto del gabinete de ministros. Lo firman sólo tres ministros de trece, una señal de los conflictos internos al Frente provocados por la férrea hostilidad del presidente ante el tema. Si sólo tres ministros apoyan el veto, luego fue sólo con la firma de la ministra de Salud, María Julia Muñoz, dado que los otros dos eran de Turismo y Deporte, e Industria y Energía, carteras sin incumbencia en el tema. Las ministras de Educación y Cultura, María Simón, y del Interior, Daisy Tourné, no firman el veto a pesar de que sus carteras son pertinentes al respecto.



Aun habiendo sido vetado, fue un hecho crucial que el Parlamento haya votado mayoritariamente el proyecto de ley. Ganar la votación puso de manifiesto que es posible alcanzar mayorías parlamentarias en relación con el aborto, al tiempo que visibilizó las tensiones existentes no sólo entre sectores de derecha conservadora e izquierda progresista, sino las tensiones internas al propio bloque progresista y también de los partidos opositores. El ex Presidente, en ese momento senador, Julio María Sanguinetti, hizo un contundente discurso en contra del veto del Poder Ejecutivo.

La semana siguiente a la sanción de la ley 18.426, el 14 de noviembre de 2008, el presidente Tabaré Vázquez envía a la Asamblea General del Parlamento (ambas cámaras reunidas) una carta donde explica por qué sanciona la ley pero toma la decisión de vetar el articulado sobre despenalización del aborto. El Presidente no evoca razones de orden religioso, sino en el marco de una argumentación laica que se pretende dar en términos científicos, jurídicos y de derechos humanos:

*La legislación no puede desconocer la realidad de la existencia de vida humana en su etapa de gestación, tal como de manera evidente lo revela la ciencia. La biología ha evolucionado mucho. Descubrimientos revolucionarios, como la fecundación in vitro y el ADN con la secuenciación del genoma humano, dejan en evidencia que desde el momento de la concepción hay allí una vida humana nueva, un nuevo ser. Tanto es así que en los modernos sistemas jurídicos –incluido el nuestro– el ADN se ha transformado en la ‘prueba reina’ para determinar la identidad de las personas, independientemente de su edad, incluso en hipótesis de devastación, o sea cuando prácticamente ya no queda nada del ser humano, aun luego de mucho tiempo. (Tabaré Vázquez)*

Banfi Vique et al. (2010) muestran que las razones del veto emitido por el Presidente no tienen sustento fáctico ni jurídico. Entre los argumentos mencionados en el veto, se descartan de entrada la evocación de la “vida humana en su etapa de gestación” y de “la idiosincrasia del pueblo uruguayo”, y se argumenta que el veto viola las obligaciones internacionales asumidas por el Estado uruguayo de respetar y garantizar los derechos humanos de las mujeres, en particular la no discriminación en el acceso a servicios de salud. Con el veto, como señala Bottinelli (2010: 14), se dio la paradójica situación de que “el Presidente (Vázquez) quedó así enfrentado a la gran mayoría de los miembros de su Consejo de Ministros y a la casi totalidad de los parlamentarios de su partido, el Frente Amplio, a la vez que fue apoyado por la oposición: el Partido Nacional en su totalidad, la casi totalidad del Partido Colorado y el único parlamentario del Partido Independiente”.

Según la normativa, el veto presidencial puede rechazarse con el voto de tres quintos de la Asamblea General (diputados y senadores juntos). Dado que esa mayoría especial es inalcanzable, el veto queda firme.

Las consecuencias partidarias del veto se dan en el seno del propio Frente. El Partido Socialista (PS), partido de Tabaré Vázquez, que entre sus consignas incluye la despenalización del aborto desde el año 1939, repudia formalmente la decisión presidencial. Ello lleva a Tabaré Vázquez a presentar su desvinculación del PS, aun cuando permanece como miembro del Frente Amplio en calidad de ciudadano independiente. La senadora Mónica Xavier, del mismo partido, describe ese conflicto como un acontecimiento doloroso para su relación personal y política con el líder y para la bancada del PS como un todo.

(Sobre costo político):

*Electoral no, en términos importantes, pero he sufrido los dolores, por ejemplo, de lo que tú hacías referencia, que Tabaré Vázquez se haya desafiado del Partido Socialista cuando el Partido Socialista se comprometió nuevamente a continuar en el mismo camino que se había frustrado en el Legislativo o cuando alguna persona viene y dice “Yo no voy a formar parte nunca más de la organización política en la que usted esté”. Esos son costos, no se medirán en menor caudal electoral, pero son costos dolorosos. (Mónica Xavier)*

El veto produce malestar al interior del Frente Amplio y en los movimientos sociales. La importante reacción pública en rechazo al veto se materializa en una concentración, autoconvocada y promovida por las organizaciones sociales de la Coordinadora por el Aborto Legal, de miles de personas en la Plaza Cagancha. El veto es objeto de críticas no solamente por el retroceso en términos de los derechos de las mujeres, sino también porque en la cultura política uruguaya, tendiente al respeto de los consensos alcanzados, se percibe el acto mismo de vetar como autoritario (“monárquico”, según uno de nuestros entrevistados) y más propio de fuerzas de derecha que de un frente de izquierda y plural. En palabras de la senadora Constanza Moreira:

*Con todo lo que tiene de negativo, el veto despierta a la izquierda de su sueño de que es más progresista de lo que verdaderamente es. Hay ahí toda una auto-reflexión sobre nuestras ilusiones, eso fue muy duro. Incluso muchas mujeres que después me han apoyado en la disputa interna con Tabaré por la candidatura a la Presidencia en 2014, lo han hecho por el tema de la despenalización. Eso quedó como una marca al fuego, en las feministas, en los movimientos sociales más amplios y la gente más de izquierda. El veto de Tabaré fue imperdonable. (Constanza Moreira)*

Si la imagen de Tabaré Vázquez no se ve favorecida por el veto, tampoco le trae pérdida de popularidad en la población ni costo electoral, aunque sí malestar en sus propias filas de la dirigencia partidaria. A las y los representantes del Frente Amplio, el veto les deja no sólo desánimo o enojo, sino una deuda pendiente que no tardarían en buscar saldar cuando los vientos políticos fuesen de nuevo favorables. Esos vientos llegarían con la presidencia de José Mujica, a partir del año 2010.

En cuanto al contenido programático que permanece en pie de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (por ejemplo, las disposiciones relativas a servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud) tampoco hay avances en su reglamentación en ese primer mandato de Vázquez.

### **Nuevos esfuerzos hacia la reforma**

Si el veto trae frustración, no por ello las feministas interrumpen su labor de mantener la agenda viva, ampliar el debate y articular actores. En 2009, coincidiendo con el año de elecciones, se realiza una movilización desde MYSU centrada en un acto artístico-político en el que mujeres, con su torso pintado y con consignas relativas a los derechos sexuales y reproductivos en sus espaldas, intervienen en varios lugares de la ciudad (casa de Gobierno, plazas públicas, Parlamento) y la seguridad es realizada por el PIT-CNT. Ese es el inicio de una campaña que luego continuaría en coordinación con sindicalistas del PIT-CNT.

También desde la militancia partidaria se va preparando el terreno para una nueva propuesta de reforma. En diciembre de 2008, en vistas a las elecciones del año siguiente, la plataforma del Frente Amplio incluye la despenalización del aborto, y los integrantes de la fórmula presidencial en campaña, José Mujica y Danilo Astori, ratifican sus dichos acerca de que no vetarían una ley de aborto. Ambos, como senadores, habían votado a favor del proyecto vetado por Vázquez.

Del veto se extrajeron dos enseñanzas relativas al timing político: por un lado, no había espacio para otras iniciativas durante el gobierno de Tabaré Vázquez; por otro lado, habría que considerar al gobierno que lo sucediera como una ventana de oportunidad acotada, que se abría pero cuya apertura duraría lo que el mandato presidencial, en la medida en que éste no pusiera obstáculos, y mientras se mantuviera la mayoría parlamentaria del Frente. El candidato a la presidencia José Mujica había expresado que no vetaría una ley de aborto. La vía libre que dio Mujica, sumada a la expectativa (cumplida) de que luego de la presidencia de Mujica retornaría Vázquez, dio un marco temporal preciso para que la ley se aprobara. Esta percepción acerca de la temporalidad política va a influir tanto para que la ley se apruebe, como para

que desde el Frente se acepten las condiciones negociadas que finalmente modificaron su contenido y alcance.

Desde la Subsecretaría Nacional de Salud, que luego va estar a cargo de Leonel Briozzo, y desde los servicios de salud en el Hospital Pereira Rossell, se intensifican las acciones sanitarias y las iniciativas asistenciales (consejerías), reglamentarias y de protocolos para consolidar la perspectiva de reducción de riesgos y daños en materia de aborto. Cuando en septiembre de 2010 finalmente se reglamenta la ley de Salud Reproductiva (ley de 2008 que tenía los capítulos de aborto vetados), se genera un debate entre el Ministerio de Salud y los sectores conservadores puesto que la reglamentación incluía consejería pre y post-aborto, en la línea de la reducción de riesgos. En ese clima, y considerando que el Frente tenía mayoría en ambas cámaras, la senadora socialista Mónica Xavier presenta un nuevo proyecto de ley de legalización del aborto, que recibe tratamiento parlamentario a fines de 2011.

El proyecto promovido por Xavier y la senadora Constanza Moreira (Espacio 609 del Frente Amplio), que se complementa con otro proyecto de despenalización presentado por Álvaro Vega (MPP, también del Frente Amplio), en base a premisas de derechos y autonomía reproductiva, descriminaliza el aborto en las condiciones previstas por la ley, garantiza el acceso libre y sin requerir razones taxativas a la interrupción del embarazo en el sistema de salud hasta la semana doce, incluye el principio de objeción de conciencia individual, pero obliga a la provisión de los servicios de personal no-objeto. Para las extranjeras se requiere una antigüedad de residencia en el país de al menos ocho meses, y no se incluye requisito de consulta profesional o espera mínima para reflexionar sobre la decisión.

El proyecto cuenta con la firma de 13 senadores del Frente (sobre un total de 17) y uno del Partido Nacional. Luego de consultas, el 27 de diciembre de 2011 el Senado aprueba la ley, con 17 votos a favor y 14 en contra. En febrero de 2012 pasa a Diputados. Durante la primera mitad de 2012, se registran dos casos de muertes por complicaciones de aborto, cuya cobertura mediática da nueva visibilidad a los riesgos del aborto inseguro.

A partir de ahí, la negociación hacia la aprobación de la ley se da en el ámbito político-partidario y parlamentario. La sociedad civil presiona desde afuera, con poca posibilidad de diálogo directo. A diferencia de los procesos legislativos anteriores (2004 y 2008) con comunicación entre feministas y parlamentarias/os, en 2012 esa interacción se restringe, entre otras razones porque la relación Frente Amplio-sociedad civil está mediada por activistas con doble militancia (social y partidaria, algunos de los cuales habían ingresado al congreso como suplentes en Diputados). Las y los parlamentarias/os sí mantienen diálogo con interlocutores en el ámbito de la salud, como fue el caso del viceministro Leonel Briozzo, defensor del modelo de reducción de riesgos y daños.

Como nos señalara la senadora Mónica Xavier, en esa etapa definitoria prima la lógica de la negociación política para que la ley pueda salir, en las condiciones de correlación de fuerzas políticas e institucionales existentes. O sea, se privilegia la estrategia de negociación y tramitación, considerada “realista”. Esta estrategia pragmática, que sigue en parte la concepción del modelo de Iniciativas Sanitarias, es funcional al propio Frente Amplio al permitirle invisibilizar el hecho de que hay en su bancada representantes confesionales, producto de acuerdos electorales.

Cuando el proyecto proveniente del Senado se trata en Diputados sufre modificaciones debido a que, por el solo voto del diputado frenteamplista, Andrés Lima (quien había declarado su voto contrario “por convicciones religiosas” y había anunciado que no dejaría su lugar a un suplente el día de la votación), el Frente no cuenta con la mayoría necesaria para su aprobación. Aun contando con mayoría propia en la cámara, el Frente decide en este caso no aplicar la disciplina partidaria, apelando a una cierta flexibilidad interna reconocida como “táctica” puntual para preservar la cohesión “estratégica” de la alianza en el largo plazo. Tal flexibilidad se acepta para aquellas cuestiones que el Frente no considera tan estructurales o “estratégicas”, bajo la directriz que denominan “Unidad en la Acción”.

Al no contar con mayoría propia, sabiendo que existe un voto positivo negociable de un miembro de otra bancada, el Frente va emprender una negociación para asegurarse el faltante voto 50. Esa negociación se hace con Iván Posada, del Partido Independiente, expresión demócrata-cristiana del espectro político. Posada, que había presentado su propio proyecto en materia de aborto, acepta votar positivamente siempre y cuando se incluyan las disposiciones que constan en su proyecto, las cuales parten del supuesto del aborto legal como un mal menor y de última instancia.

Esto no es visto con buenos ojos por las organizaciones feministas, ni en general por el conjunto de organizaciones de la sociedad civil favorables al aborto legal, no solamente por el cariz más restrictivo que implica la inclusión de mayores condiciones y de un lenguaje más conservador, sino por la forma misma de la negociación: a puertas cerradas, limitada a la clase política. Se realizan entonces múltiples manifestaciones públicas organizadas por, o con la participación de, las organizaciones feministas, en alianza con otros sectores como el PIT-CNT o el movimiento estudiantil, buscando protestar ante las concesiones, consideradas por MYSU como una muestra de que el Parlamento había “dado la espalda” a los derechos de las mujeres. Otros sectores del feminismo, que también participan entonces de acciones de agitación, pero que evalúan de otro modo los márgenes de acción, manifiestan cierto apoyo a la postura del viceministro de obtener la medida negociada “sin radicalismos”.

En síntesis, considerando la “correlación de fuerzas” y la oportunidad determinada por el tiempo político (es decir, que bajo el gobierno de José Mujica hay condiciones que con Tabaré Vázquez se terminarían), el Frente acuerda incluir las disposiciones más restrictivas y condicionantes del proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente, el 25 de septiembre de 2012, la votación resulta en 50 votos a favor y 49 en contra. El 17 de octubre, el Senado ratifica el proyecto proveniente de Diputados, con las modificaciones negociadas.

## El efecto del tiempo largo

En su versión final, la ley 18.897 pierde forma y contenido feminista y se ve “contaminada” por visiones conservadoras sobre aborto, lo que restringe sus alcances. Esa contaminación fue posible en razón del tiempo que ganó la oposición gracias al veto de 2008 de Tabaré Vázquez. En ese lapso, el paradigma de reducción de daños también gana fuerza y, de algún modo, se cristaliza la tensión entre la visión sanitaria tutelar y la perspectiva de legalización del aborto como derecho.

Aunque la inclusión de las demandas de Posada abre paso a la sanción de la ley (por el concepto de que es posible en un determinado contexto de relación de fuerzas), el resultado termina por debilitar al movimiento histórico por la legalización, en el sentido de que el vaciamiento de contenido conceptual de las leyes de 2004 y 2008 fue lo que permitió, al final, hacer del aborto hasta las 12 semanas un hecho legal. Dicho de otro modo, la estrategia legislativa adoptada fue la de “sacar la ley que se puede sacar, al menor costo”. En consecuencia, la ley termina no siendo la esperada por el feminismo y el amplio frente social de organizaciones que bregaban por la versión no tutelada del derecho a decidir de las mujeres. Es una ley minimalista y con problemas, que sin embargo se debe aplaudir y defender porque fue “la victoria de lo posible”.

La lógica pragmática del gobierno también se traslada a parte del movimiento social, que en ese mismo momento está en proceso de pelear y negociar otras agendas como la legalización de la marihuana o el matrimonio igualitario. Y, sobre todo, crean un dilema el seno del movimiento feminista: cuánto apoyar, cuánto criticar.

Según la mayoría de las personas entrevistadas, la ley restringe al tiempo que habilita. Aun con sus limitaciones, la reforma legal abrió nuevas ventanas de oportunidad, incluso la que hoy se plantea como la lucha por la apropiación subjetiva del acceso al aborto, el mejoramiento de aquello que puede hacerse en el marco de la ley, sobre todo la creación y consolidación de servicios en el sistema de salud y la acumulación de fuerzas para eventuales reformas en un

sentido de mayor reconocimiento de la autonomía de las mujeres, lo cual no está aún claro ni previsto hasta finalizado el período actual de gobierno de Tabaré Vázquez en 2019.

### *Al interior del Frente Amplio*

Desde el punto de vista de la interna del Frente Amplio, en 2012 la senadora Xavier es elegida como presidenta de la coalición, responsabilidad que mantiene hasta 2015, junto al dirigente sindical y del Partido Comunista Juan Castillo, una de las presencias más protagónicas en apoyar los reclamos de los derechos de las mujeres a través del PIT-CNT. La reforma del aborto también se sumaría como punto positivo en la construcción de la imagen del ex presidente José Mujica como dirigente de izquierda, embanderado en la lucha por la justicia social y abierto a la pauta liberal de los derechos.

*En Uruguay, los hombres de izquierda y los hombres sindicalistas reivindican la libertad del aborto como una cuestión de clase, las que mueren son las mujeres pobres, por eso hay que legalizarlo. Este es el argumento de peso en la interna del movimiento, a nivel de izquierda y del movimiento social. De hecho es la excusa de Pepe Mujica para habilitarlo y no porque crea que las mujeres tenemos derecho a abortar, más allá de la mística internacional que tiene Mujica, no es ése el argumento, es que mueren las pobres, entonces para evitar que mueran las pobres, háganlo en el hospital.*  
(Soledad González)

### *2013 y después*

Ni bien se aprueba la ley, sectores hostiles al reconocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo organizan iniciativas tendientes a derogar la ley: una Comisión impulsada por dirigentes del Partido Nacional solicita el veto presidencial de Mujica y también plantea la posibilidad de pedir la inconstitucionalidad o recurrir a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). También desde ese partido surge la Comisión Pro Referéndum con la apuesta por recolectar firmas hacia un referéndum, votar un pre-referéndum (condición previa al referéndum propiamente dicho) y así someter la derogación de la ley al voto popular.

Esa movida tuvo el apoyo de las dirigencias del partido Blanco y Colorado, y de Tabaré Vázquez, junto a algunas personalidades ligadas a la Universidad de Montevideo y a la Universidad Católica del Uruguay, vinculadas al Opus Dei. En marzo de 2013 se juntan las firmas necesarias, pero la baja concurrencia ciudadana al pre-referéndum realizado en junio, menor al 9 por ciento de

participación cuando se requiere al menos 25 por ciento del padrón, echa por tierra la iniciativa y consolida “por defecto” la legitimidad de la ley votada en el Parlamento. En esos meses de 2013, se plantean posturas diversas respecto de si involucrarse de lleno en el debate público o apuntar a “no hacer olas”. MYSU y otras organizaciones, junto al movimiento sindical, considerando además que el sector anti-derechos encuentra eco en algunos medios de comunicación, optan por dar la batalla ideológica. Se convoca nuevamente a las organizaciones sociales y se hace lanza en el Paraninfo de la Universidad la campaña *Yo no voto, ¿y vos?* La campaña apunta a la defensa de los servicios seguros: *Si tu hija, tu pareja o tu hermana tuvieran que abortar ¿Dónde querriás que lo hicieran?*

No obstante el eco mediático de la postura conservadora y el apoyo de casi todos los liderazgos partidarios, el pre-referendo fracasa. El aborto legal se consolida así más allá del voto del Parlamento.

Bottinelli (2013) considera que el fracaso del pre-referéndum da muestras de un problema de representación de la clase política uruguaya. Las figuras de las principales candidaturas se movilizan contra la ley de aborto al tiempo que la sociedad da la espalda a la iniciativa:

*“La sociedad actúa en contra de la casi totalidad de los líderes, hay un problema de representación. (...) Diez de cada once electores se quedó en su casa, es decir, no adhirió al recurso. (...) En los actos electorales se miden los resultados, sin valorar las intenciones. El no voto vale lo mismo si es de un fanático partidario de la despenalización del aborto o de alguien contrario pero que su oposición no llega al extremo de trasladarse a un lugar de votación, o quizás ni siquiera considera importante o conveniente el referendo. De las cinco leyes recurridas mediante la llamada vía rápida -que supone la realización de pre referendos o actos de adhesión, en contraposición a la vía lenta, mediante firmas- esta convocatoria ha sido la que obtuvo el menor apoyo. (...) Cabe analizar qué pasó con la convocatoria de los dirigentes políticos. Los seis candidatos o precandidatos presidenciales de los cuatro partidos con representación parlamentaria más tres de los cinco presidentes y ex presidentes de la República con vida, los ocho (porque Vázquez aparece repetido, como candidato y como ex presidente), convocaron a adherir al referéndum contra la ley (...): José Amorín Batlle, Jorge Batlle Ibáñez, Pedro Bordaberry, Luis Alberto Lacalle de Herrera, Luis Alberto Lacalle Pou, Jorge Larrañaga, Pablo Mieres y Tabaré Vázquez. (...) A contrario, dos mandatarios sintonizaron con la gran mayoría de la sociedad, al oponerse al referéndum y apoyar la ley: el actual presidente José Mujica Cordano y el dos veces presidente Julio María Sanguinetti.”*

## **La guerre n'est pas finie o Nuevas amenazas a la Ley de 2012: Decisión del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) y la reforma del Código Penal**

Aun cuando puede parecer que el pre-referéndum de 2013 cierra el largo ciclo de peleas políticas en torno al aborto, esto no es así. En ese mismo año, un grupo de profesionales de salud, contrarios a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, presentan ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) un recurso para impugnar 11 de los 42 artículos del Decreto Reglamentario de la ley. El Decreto 375 de noviembre de 2012 contempla tres definiciones iniciales: de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la autonomía de la mujer, y busca prevenir interpretaciones aun más restringidas del texto legal aprobado.

Según una noticia publicada en el periódico *El País* (2014): “Los profesionales que recurrieron la reglamentación argumentaron que la misma trasciende lo perseguido por la ley y les causa un «grave daño. También consideraron que se quitó libertad a los médicos en el asesoramiento de las pacientes y afirmaron que todo lo previsto y regulado sólo está dirigido a «la concreción del aborto» y no permite «brindar un espacio de contención donde puedan valorar otras alternativas». El fallo emitido por el referido tribunal, en octubre de 2014, acata esa argumentación afirmando que los artículos recurridos de la ley “dañan el libre ejercicio de la medicina y la libertad de conciencia como derecho humano”

El fallo del TCA tiene el siguiente impacto negativo: establece que los profesionales que actúan en el equipo IVE deben hacerlo de forma conjunta y simultánea, y no de forma consecutiva como habilita el decreto. El plazo de cinco días de reflexión debe comenzar a partir de la consulta con el equipo profesional y no desde el primer día de contacto con uno de los profesionales como sucedía hasta entonces, lo cual prolonga los plazos para resolver la interrupción. Se enfatiza que debe consultarse a la mujer acerca del co-progenitor y la posibilidad de que éste sea consultado; los profesionales objetores pueden no participar en ninguna de las instancias del proceso IVE, pero sí pueden informar a la mujer sobre los riesgos del aborto exponiéndolas a la interferencia en función del sistema de creencias y valores de los profesionales objetores. El fallo establece además que los objetores sólo deberán intervenir cuando hay “grave riesgo de salud de la mujer” y no desde la interpretación amplia de las dimensiones psico-sociales de salud estipuladas en el decreto. Lo único positivo del fallo es que exige que los profesionales que adhieran al recurso de objeción lo hagan por escrito y que el MSP tenga la nómina de los profesionales objetores.

El Poder Ejecutivo de Mujica apela la decisión, que no suspende de inmediato la implementación de la ley. Un año más tarde, en agosto de 2015, la instancia superior del TCA emite su decisión final que ratifica el fallo anterior (Berro

Pizzarrossa, 2015). Esa decisión es inapelable. En reacción, MYSU (2015) emite una nota pública, que recoge inmediato apoyo nacional e internacional de numerosas organizaciones, en la que critica la interpretación judicial:

*Esta decisión (del TCA) profundiza las barreras de acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Así como la ley pretendió salvaguardar la “conciencia” de algunos legisladores/as por sobre la libertad de decisión de las mujeres, el fallo del TCA optó por favorecer a aquellos profesionales que le dan la espalda a las necesidades y los derechos de aquellas que cursan un embarazo no deseado. En los dos años y medio de implementación de los servicios, los monitoreos del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU dan cuenta de los porcentajes inauditos de profesionales ginecólogos objetores de conciencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud (92% en Salto; 87% en Paysandú; 82% en Soriano y 43% en Río Negro –llegando al 100% en Young y Mercedes). El fallo refuerza una de las principales barreras para efectivizar los abortos en Uruguay, afectando directamente a aquellas mujeres que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.*

Desde diciembre de 2014 está en curso otra amenaza a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el marco del mismo Poder legislativo. A comienzos de ese mes, la prensa uruguaya informa que la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación y Administración había aprobado una propuesta de reforma del Código Penal de 1938, en vistas a enviarla a plenario para votación inmediata. Ese proceso de reforma del Código Penal, que viene desde el primer gobierno de Tabaré Vázquez, está conducido en esa primera etapa por una Comisión de Juristas; ni bien asume Mujica, el proyecto pasa a debate de la Comisión parlamentaria. Es decir, el proceso de reforma penal corre en paralelo a los intensos debates sobre aborto de 2004-2012.

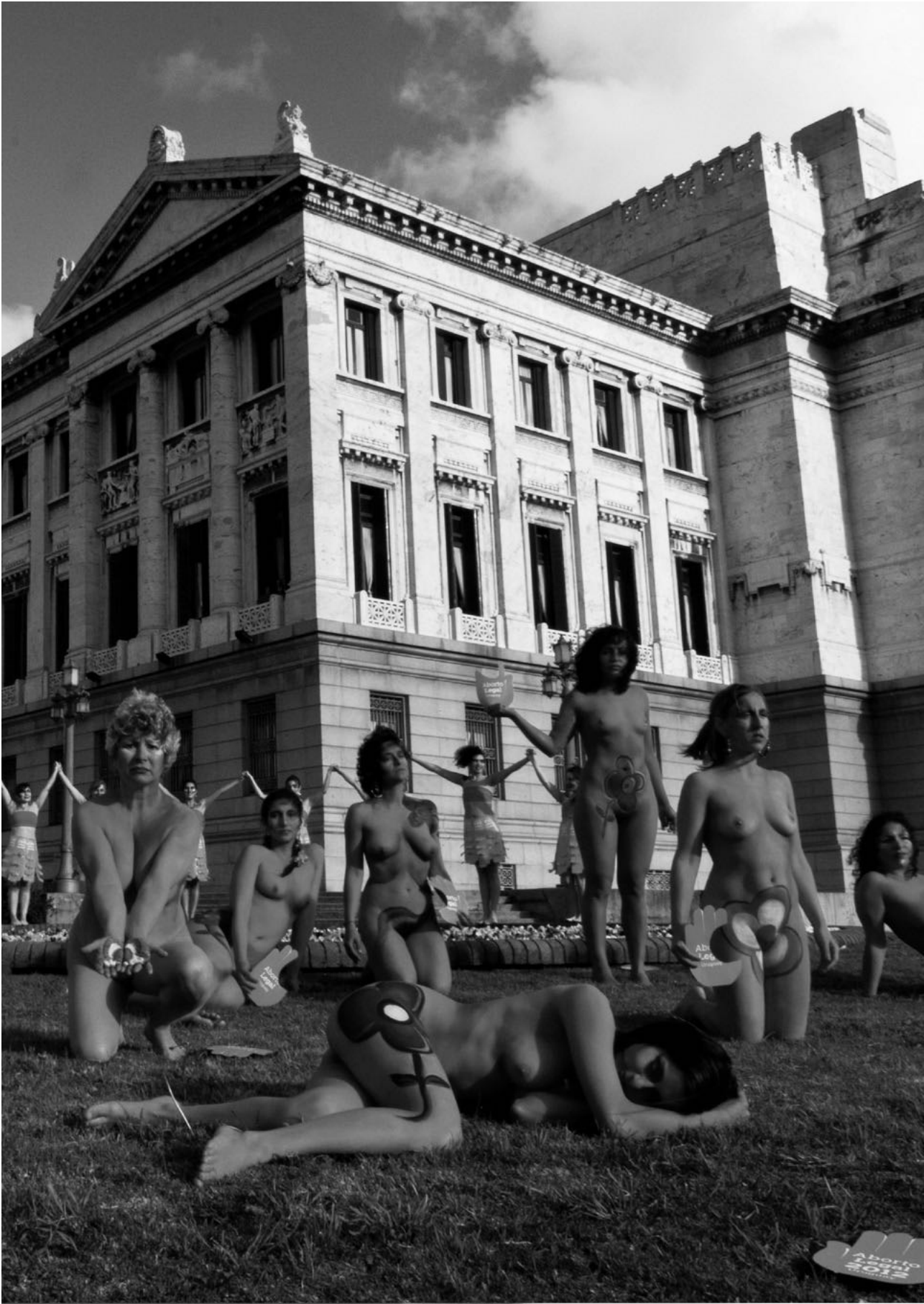
Sin embargo, ese largo proceso de debate legislativo sobre IVE no se refleja en el texto que elabora la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación y Administración. El texto aprobado el 3 de diciembre de 2014 informa, en un pie de página, que en relación al aborto el texto conserva las definiciones de 1938, en razón de que le corresponde al Poder Legislativo resolver específicamente la cuestión del aborto. Esa nota tenía sentido antes de 2012. Transcurridos más de dos años de la votación de la Ley de Interrupción del Embarazo, la observación al pie ya no era pertinente. Sobre todo es significativo que, aun cuando el texto no haya sido alterado, se ha nombrado el capítulo referente al aborto como relativo a la “defensa de la vida pre-natal”. Hay señales fuertes de que las fuerzas contrarias al aborto legal han influido de forma directa en el proceso de reforma general del Código Penal, con vistas a reabrir el debate legislativo sobre el tema. Entre Navidad y Año Nuevo del 2014, MYSU es informado por la prensa de que

el texto estaba en vías de ser votado en plenaria de Diputados, y se convoca a las organizaciones sociales aliadas para frenar el proceso. La señal de alerta no sólo es en relación al aborto, sino a múltiples problemas del texto en relación a violencia sexual, de género, explotación sexual infantil, derecho a la protesta social, delitos de lesa humanidad, acceso a la información. Critican la propuesta de reforma tanto las organizaciones defensoras de derechos de la niñez y la adolescencia como el Instituto Nacional de Derechos Humanos, por no incorporar: a) referencias a normas internacionales ya internalizadas en relación a genocidio y crímenes contra la humanidad; b) nuevas definiciones normativas referentes a tráfico y trata de personas y al racismo; c) aspectos relativos a la libertad de expresión; d) una consistente perspectiva de género en relación a estereotipos vigentes en la ley penal, crímenes sexuales y aborto. Finalmente, la prensa informa que aspectos relativos a la penalización del abuso de la función administrativa (corrupción) han sido otro elemento crucial de debates políticos, y se posterga la votación del texto para una legislatura posterior.

La crítica de la propuesta de reforma del Código Penal de Uruguay sobrepasa las fronteras nacionales. En enero de 2015 y a raíz de los sesgos de género del proyecto presentado en diciembre de 2014, tres organizaciones sociales solicitan una audiencia temática ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La Comisión concede la audiencia para marzo de 2015, durante el 154º Período de Sesiones de la Comisión. Participan de la audiencia Lilián Abracinskas (MYSU), la abogada feminista Marina Morelli (Mujer Ahora, organización que trabaja sobre violencia de género) y la abogada especializada en derechos de niños, niñas y adolescentes, Lilián Curbelo (IACI). El debate, centrado en cuestiones de violencia doméstica y sexual, también aborda el tema de los derechos sexuales y reproductivos en el sentido de evitar la criminalización del aborto y de la necesidad de tipificar abusos y violaciones relacionadas con esterilización e inseminación forzadas, y violencia obstétrica. En su informe (CIDH, 2015), la Comisión recoge lo planteado, sugiere al Estado uruguayo generar instancias de participación para el proceso de reforma y se pone a disposición para facilitar el material disponible en materia de normativa regional en relación a justicia de género y de otros asuntos involucrados.

Las movidas políticas en contra de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo apuntan a aspectos cruciales de las disputas en torno a la autonomía reproductiva de las mujeres. El primer aspecto a señalar es que esas disputas nunca se terminan. El segundo aspecto es que casi siempre las disputas se dan en varios frentes simultáneos, porque las fuerzas contrarias al aborto legal tienen la capacidad de jugar en distintos espacios a la vez, lo cual obliga a invertir la atención y capacidad de intervención estratégica en espacios diferenciados. Finalmente, la demanda y fallo del TCA indican que está en curso la judicializa-

ción del tema en un país en el cual no existe mucha tradición de litigio jurídico estratégico y donde, hasta ahora, prevalecía una perspectiva que privilegia los consensos legislativos como fuente de producción de consensos sociales duraderos. Esa no es una inflexión trivial.



## CAPÍTULO II

### EL CONTENIDO DE LA LEY

La Ley 18.987 del año 2012 de Interrupción Voluntaria del Embarazo establece que el aborto es legal en las condiciones y los plazos siguientes: a solicitud de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación; en caso de violación acreditada con la denuncia judicial, hasta las 14 semanas; en caso de grave riesgo para la salud de la mujer y en caso de malformación fetal incompatible con la vida, los límites no aplican. Fuera de tales condiciones y plazos la práctica del aborto sigue siendo considerada un delito, por lo tanto ilegal y punible.

En los casos de hasta 12 semanas y a solicitud de la mujer, la mujer debe consultar con un equipo de tres profesionales de salud y esperar al menos 5 días antes de recibir las orientaciones de un ginecólogo, para abortar con medicamentos o ser sometida a una intervención. La ley permite la objeción de conciencia de las y los profesionales que así lo indiquen, así como la opción de que instituciones prestadoras de servicios de salud invoquen la llamada objeción de ideario institucional.

En el resto de América Latina y a nivel global se ha celebrado la reforma como una victoria de la lucha por el derecho al aborto. Cuando en 2013 aparece una amenaza mediante el intento de referéndum, la ley que habilita a servicios legales y seguros fue defendida con mucha energía. Sin embargo, la norma aprobada tiene sus limitaciones, señaladas en varias de nuestras entrevistas. Por ejemplo, Rafael Sanseviero, ex diputado e histórico militante del derecho al aborto, considera que:

*La ley no despenaliza el aborto. Siguen vigentes los tres artículos en el código penal de 1938 que criminalizan a las mujeres que abortan. Hace un mes han criminalizado tres mujeres porque han abortado 'fuera de la ley'. (Se refiere a casos de aborto hechos de manera clandestina y que fueron denunciados en el primer trimestre de 2015). La ley no despenalizó, abrió una ventana de oportunidad para que mujeres con mayor capital social puedan hacer abortos hasta las doce semanas. Y además hay contenidos de la ley que son lesivos de su dignidad, porque implica re-subordinar las mujeres al orden médico, al sistema de salud. La ley, a mi modo de ver, ilustra una esquizofrenia uruguaya clásica: de un lado tipifica un crimen, y del otro legaliza. Dicho esto, no había condiciones para que fuera distinto. (Rafael Sanseviero)*

Activistas feministas entrevistadas cuestionan el límite de las 12 semanas, pensando por ejemplo en aquel caso de aborto con la combinación Misoprostol + Mifepristona que no termina de completarse, aun cuando la mujer haya seguido los procedimientos legales:

*Tomas las pastillas, no funciona y cuando vuelves al servicio, ya han pasado las doce semanas. (Soledad González)*

En relación con la interrupción de un embarazo resultante de violación, hay críticas al límite gestacional de 14 semanas, extendido sólo dos semanas más que a simple pedido de la mujer, así como el requerimiento de la denuncia policial o judicial, pues opinan que es problemático tanto la posible demora como que el testimonio de la mujer no sea considerado suficiente.

Como Sanseviero, muchas feministas repudian las condicionalidades impuestas por la ley según las cuales la mujer tiene que acceder obligatoriamente a una consulta ante un equipo de tres personas, y guardar cinco días de reflexión, antes de concretar su decisión: todo ello presupone y sugiere duda en cuanto a la capacidad ética de las mujeres para decidir por sí solas sobre su vida reproductiva.

Otra preocupación refiere a los riesgos para la confidencialidad que implican los procedimientos, especialmente en ciudades chicas donde "todos se conocen", y la posibilidad de que trascienda la decisión o práctica de abortar, con la carga de estigma que a veces tiene para las mujeres y aun para los profesionales.

Uno de los mayores inconvenientes que las feministas entrevistadas identifican como problemáticos son los efectos de la objeción de conciencia, que está limitando el acceso al procedimiento en algunos puntos del país (MYSU 2014, 2015).

*Tenemos instituciones donde funciona muy bien el equipo y tenemos experiencias que nos reconocen que funcionó muy bien, que se sintieron muy contenidas en todo el proceso, y tenemos de las otras... tenemos donde se encuentran con bloqueo al momento de hacer las ecografías, al momento de conseguir las fechas, (...) que se acortan los plazos. Tenemos de todo. Por suerte creemos que cada vez se está perdiendo ese estigma de "¡ay, sí, abortista, estás a favor de eso!", bueno, creemos que lentamente estamos en ese proceso de ir disminuyendo ese tipo de cosas. (Alejandra Filis)*

En Salto, a 2015, se han declarado objetores todos los médicos ginecólogos del departamento, profesionales que la ley requiere para la consulta previa y la práctica. En Montevideo, dos centros de salud religiosos han declarado su objeción de ideario institucional. Esas instituciones, que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud y que han planteado objeciones de ideario, no practican ni asesoran en materia de interrupción de embarazo. Las mujeres están habilitadas a cambiar de institución: pero ello trae problemas de confidencialidad, además de resentir la calidad de una atención en salud que se pretende integral.

*No se puede juzgar lo que está pasando una mujer que pasa por la decisión del aborto en ese momento... y encima tiene que pasar por todo eso, o el tema de la gente del interior que en algunos lugares como Salto, particularmente, que ha sido público y notorio, pero (en) otros departamentos también se generan ese tipo de problemas, y se complica mucho más por el tema de los tiempos, que además en los pueblos chicos en el interior es todo mucho más público, nos conocemos todos y es más complicado. El tema de la estigmatización, el médico como referente del pueblo, todo ese tipo de problemáticas las seguimos enfrentando hasta el día de hoy y estamos tratando de pelear esas cosas y parte de las actividades que hacemos junto con MYSU es tratar de acercarnos a la realidad, de concientizar sobre esas cosas, y trabajar y tratar de monitorear y modificar esas situaciones, ¿no? (Alejandra Filis)*

Desde una perspectiva de salud pública, Leonel Briozzo, profesor de Ginecología en la Universidad de la República y Jefe de Servicio en el Hospital Pereira Rossel, quien en 2012 fuera Subsecretario (viceministro) de Salud cuando fue aprobada la ley, también critica el plazo de cinco días y otros aspectos de las condicionalidades:

*La ley impone barreras que no son admisibles en el momento de desarrollo del sistema sanitario uruguayo. El hecho de que la mujer tenga que ser vista por tres profesionales desconoce que en la práctica del sistema en el manejo de ese tema, el profesional médico sabe cuándo la mujer necesita o no ser vista por otro profesional. El hecho de que todas las mujeres*



*tengan que ser vistas por todos es homogeneizar situaciones que no son homogeneizables. En una realidad sanitaria que tenía más de diez años de experiencia de reducción de daños, eso no era necesario. Otro punto problemático son los cinco días de espera como regla. En algunos casos, eso puede tener sentido, pero en otros no. Finalmente, la ley requiere que la consulta final sea hecha por ginecólogos, cuando podrían ser médicos generales, pediatras. Esa definición pone mucha carga sobre los setecientos y pocos ginecólogos que hay en el país.* (Leonel Briozzo)

Las críticas refieren asimismo la exclusión discriminatoria de las mujeres migrantes que no puedan acreditar al menos un año de residencia en el país.

### La semántica de la ley de IVE

Teniendo esas evaluaciones como telón de fondo vale la pena comparar el contenido final de la ley de 2012 con los puntos sobre interrupción voluntaria del embarazo que fueron vetados en la ley 18.426 de 2008, con el fin de examinar cómo los límites apuntados por la literatura y los actores son o no específicos de la norma legal aprobada en 2012. Porque de dicho texto deriva la Ley 18.987 y el texto de 2008 sigue, de algún modo, inscripto en el imaginario -de las personas involucradas en los procesos que han precedido la reforma del 2012- como una ley mejor.

El proyecto de ley de Rafael Sanseviero a inicios de la década de 1990 proponía la descriminalización del aborto, es decir dejar de definirlo como un delito del Código Penal. No es el caso de las leyes tratadas posteriormente. La ley de 2008 mantiene la figura del aborto dentro del Código Penal, pues propone una alteración de los artículos 325 y 325 bis de dicho Código, definiendo que son punibles las mujeres que aborten o quienes las ayuden a abortar por fuera de las circunstancias, plazos y condiciones definidas por la ley. La ley de 2012 no propone ninguna alteración del Código e incluye una misma definición: son punibles las mujeres que aborten o quienes las ayuden a abortar fuera de las circunstancias, plazos y condiciones definidas por la ley, según las pautas del Código de 1938. En ambos casos (2008 y 2012) no hay descriminalización de las mujeres que abortan.

Algunos de los límites apuntados como problemáticos ya estaban en la ley de 2008: ambas son leyes que no despenalizan el aborto por fuera de las circunstancias y condiciones de la ley, excluyen en principio a las mujeres con gestación más avanzada que 12 semanas y a las extranjeras de migración reciente, y contemplan la objeción de conciencia de profesionales individuales.

Desde el punto de vista de las definiciones sustantivas, los dos textos, el de 2008 y el de 2012, coinciden total o parcialmente en los siguientes aspectos:

- En ambos, los casos el aborto sólo se despenaliza bajo las condiciones definidas por las leyes. O sea no se descriminaliza la práctica ni a las mujeres que la practican por fuera de las condiciones que la ley establece.
- El texto de 2008 definía como plazo gestacional el cumplimiento de las 12 semanas para IVE en cualquier condición, y ausencia de plazo para violación o riesgo de vida.
- El texto de 2008 incluye también un artículo referente a objeción de conciencia individual de los profesionales de salud.
- Limitaba el acceso a ciudadanas y personas residentes en Uruguay por un mínimo de 42 semanas.
- También definía que el acto médico de IVE no tiene valor comercial
- Establecía parámetros de implementación de los servicios en el sistema público de salud.

Pero hay discrepancias importantes para destacar:

- La ley de 2008 no incluye la figura de la objeción por ideario institucional ni restringía al Sistema de Salud como único espacio admitido para que el aborto no sea considerado punible.
- La ley de 2012 establece condicionalidades más restrictivas para los procedimientos que van desde la iniciativa de la mujer hasta la concreción de la interrupción del embarazo: requerimientos de consejería (con un grupo interdisciplinario taxativamente definido y presencia necesaria de ginecóloga/o) y del plazo de cinco días de reflexión.
- Define el límite de 14 semanas en el caso de violación, exigiendo la denuncia policial/judicial.
- Abre espacio para que el progenitor se involucre en el proceso de decisión, si hay autorización de la mujer para eso.
- Extiende la objeción de conciencia a aquellas instituciones de salud cuyo “ideario” sea contrario al aborto.
- Extiende el período de residencia requerido a las extranjeras a un año.

Difiere significativamente el lenguaje utilizado en cada uno de los textos. Mientras la semántica de 2008 es más abierta, general y referida a derechos y a las mujeres como sujetos, el texto de 2012 es marcadamente tutelar. Eso puede ilustrarse por el contraste entre los primeros artículos de cada texto:

### Ley 18.426 (2008)

*Art. 1 El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.*

### Ley 18.987 (2012)

*Art. 1 El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley 18426/010 de 1 de diciembre de 2010. La interrupción del embarazo que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.*

El tono tutelar es patente en otros contenidos de la ley que subrayan el carácter *a priori* negativo del aborto, como cuando define las atribuciones del equipo multidisciplinar que debe aconsejar a la mujer:

*Art. 3 (...) “El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción. En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable”.*

Esas recomendaciones están en contradicción con la premisa del punto E del artículo 4 según el cual esos profesionales deben “*abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción*”.

El texto de ley también revela su adhesión subyacente al derecho del embrión cuando en el artículo 6A, referente a la interrupción voluntaria del embarazo en caso de riesgo grave para la salud de la mujer trae la siguiente y paradójica definición:

*Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión sin poner en riesgo la vida de la mujer.*

La semántica de la ley enfatiza la negatividad del aborto y propone intervenciones concretas que apuntan a disuadir a las mujeres de concretar esa opción. Según Lilián Abracinskas:

*Es explícito en el discurso del legislador que el propósito de la ley 2012 es desestimular la práctica del aborto. Es el mismo cometido que tenía la propuesta de la estrategia de reducción de daños que impulsó Leonel Briozzo en el 2002. La discusión que Alejandra López y yo tuvimos con él en ese momento fue que lo que debe evitarse es la práctica insegura, de lo contrario la medida seguía perpetuando, como termina haciendo en la ley, la injerencia médica en la decisión de la mujer.*

*El modelo de reducción de riesgos y daños no fue pensado como una medida temporal, sino como alternativa a un cambio legal de reconocimiento del derecho a decidir. Allí radica la influencia del poder médico en la resolución legal del 2012, además de la de Tabaré Vázquez en el 2008. Serían dos expresiones de la actuación del poder médico en Uruguay, la más “progresista” de Leonel (Briozzo) y la claramente conservadora de Tabaré (Vázquez). Pero de todas formas se demuestra que hasta el más progresista de los médicos consideró que las mujeres deben ser tuteladas en sus decisiones, y que la maternidad tiene un valor superior.*

No obstante, varias voces señalan el desafío, desde el punto de vista del Estado, de implementarla con calidad, y desde el punto de la sociedad y los movimientos sociales, que las mujeres se apropien de la ley como un derecho, como añaden algunos, “*porque más adelante va a llegar el momento de solucionar sus limitaciones*” (Juan Castillo).

### Después de la ley: El aborto en el sistema de salud

Inmediatamente luego de la sanción, las autoridades del Ministerio de Salud proponen un decreto reglamentario que, sin salirse de los cauces que estipula la ley, haga de la interrupción voluntaria del embarazo una práctica accesible. El Decreto 375 de noviembre de 2012 insiste en los principios de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la autonomía de decisión de las mujeres, principios que apuntan a colocar un contrapeso a algunas definiciones problemáticas del texto de la ley 18.987. Esas definiciones serán a su vez objeto de la demanda reaccionaria ante el TCA que entiende que “el decreto amplió lo que la ley restringía”. El decreto también establece la regla básica que la IVE se lleve a cabo, salvo en caso excepcionales, mediante lo que se conoce como aborto medicamentoso, o sea una combinación de Misoprostol y Mifepristona cuyo nombre de mercado es Marisprin. Eso significa que el rol del médico, en la gran mayoría de los casos de IVE, es hacer dos consultas y prescribir el medicamento, una tutela médica que prevalece no ya en el proceso de decisión para interrumpir un embarazo sino en las técnicas y procedimientos.

Un hecho importante de la implementación de la ley de 2012 es que el Ministerio de Salud realiza enseguida una compra pública de Marisprin con el fin de que los servicios se implementen lo más rápido posible, hasta que cada institución de salud haga su compra de la medicación combinada, como sucede hoy. Un balance del mismo Ministerio de Salud a inicios de 2015 informa:

*En 2012 se promulgó la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Las miradas de la región y el mundo estaban puestas en Uruguay por su condición de precursor en la despenalización del aborto. Su reglamentación debía asegurar el derecho a la atención sanitaria en ese difícil momento de la vida de la mujer, abatiendo las barreras de las concepciones tradicionales y conservadoras y respetando las peculiaridades éticas y profesionales de los equipos de salud.*

*Se redactó la reglamentación en forma inter direccional en el MSP.*

*Se elaboró el Manual de Procedimiento de Atención y la Guía de Atención.*

*En el primer año de implementación:*

*No se registró ninguna muerte materna por aborto dentro del sistema sanitario.*

*Se realizaron 6676 interrupciones dentro del sistema de salud.*

*Menos del 10% de las mujeres continuaron con el embarazo luego de la consulta.*

Este balance optimista da cuenta, en un mismo movimiento, tanto de los avances habilitados por la ley y la política pública como algunos de sus límites. De igual modo que respecto al contenido de la ley, las interpretaciones sobre estos resultados, recogidas en las entrevistas, reconocen tanto avances como problemas.

Si bien hay registros de interrupción voluntaria del embarazo dentro del sistema de salud, no hay datos sobre la persistencia de abortos ilegales (todos los que sean practicados por fuera del sistema y/o por fuera de las condiciones previstas en la ley), o cuántos han requerido legrado. Tampoco hay datos sobre el número y tipo de consultas a las consejerías pre y post-aborto una vez aprobada la ley. No menos importante, el registro de 6986 abortos legales en 2013 y de 8500 en 2014 (Ministerio de Salud, 2016) contrasta con la estimación de 33000 abortos (6000 en el sector público, 27000 clandestinos) estimados en 2003 por Sanseviero et al. para el año 2000 en Uruguay (AUPF-RUDA, 2008: 33). Sería imperioso pues contar con una nueva estimación epidemiológica para explicar tal discrepancia y en particular detectar en qué medida siguen habiendo abortos por fuera del sistema de salud, a menudo más riesgosos. En este sentido, en febrero de 2016, una joven de 21 años muere como consecuencia de un aborto incompleto en el segundo trimestre (El País, 2016).

Evaluar la situación en los servicios de salud desde la implementación de la ley, y sobre todo la accesibilidad y la existencia de prácticas abortivas por fuera

del sistema, en la clandestinidad, excede los objetivos de este informe. Sólo se indican algunos elementos extraídos de investigaciones de MYSU, publicadas en 2014 y 2015 (MYSU 2014, 2015), de entrevistas y de notas realizadas por el equipo de IWHC en su visita a Montevideo en mayo de 2015.

Como sintetiza el informe “Asegurar y Avanzar sobre lo logrado” (MYSU, 2014):

## EN MATERIA DE SERVICIOS DE SSR

*La incorporación de los servicios de SSR en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como medida prestacional obligatoria desde el año 2010, representa un cambio paradigmático para el Uruguay. La lógica de integralidad que supone partir de la base de un concepto de SSR es fundamental para abordar a usuarios y usuarias contemplando su complejidad como seres humanos. Así, prestaciones hasta entonces ignoradas o postergadas empiezan a cobrar un papel más central (como la atención en anticoncepción, atención a adolescentes, aborto legal, violencia doméstica y sexual, entre otras).*

*El alto porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a consulta obstétrica desde el primer trimestre (91%), la gratuidad de accesos a métodos anticonceptivos en salud pública y coste mínimo en salud privada, así como la rápida reglamentación de la ley de IVE o la mejora en el acceso y cobertura de la reproducción humana asistida implican avances de resaltable magnitud.*

*Sin embargo, se identifican problemas en materia del funcionamiento de los servicios en SSR así como en la calidad de la atención y de las prácticas profesionales. La verticalidad de la organización de los servicios sigue operando y hay una importante fragmentación de la intervención con equipos de atención en violencia, en SSR, en IVE, en atención adolescente y de VIH. De esta forma, la atención en SSR resulta parcial y muchas veces sin vinculación entre las múltiples dimensiones y condicionantes sociales que impactan sobre la salud de las personas. La falta de capacitación, acreditación suficiente de conocimientos o una perspectiva de género y de derechos limita la capacidad de los equipos para actuar de forma integral y actuar como verdaderos referentes.*

*Los centros de salud usualmente no son vistos como lugares de referencia y recurrencia ante situaciones de violencia basada en género. No siempre se respeta el derecho a la toma de decisión de las usuarias sobre su cuerpo, como sucede con el acceso a ligaduras tubarias. El acceso a los métodos anticonceptivos no siempre está garantizado. Así sucede también con la prestación de la IVE, obstaculizada muchas veces por el recurso de objeción de conciencia. (...)*

Otras dimensiones como la edad, nivel socioeconómico, orientación sexual o identidad de género diversa impactan además en el acceso y las respuestas de los servicios, a veces en forma discriminatoria y estigmatizante. (...)

## EN MATERIA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El marco normativo se ha ampliado en el reconocimiento de los DSR y la instalación de los servicios está enmarcada en una batería de protocolos y guías clínicas que organiza la forma institucional de hacerlo y la práctica profesional que debe seguirse. Los equipos profesionales reconocen la importancia de su función en la implementación de esta normativa y existe un consenso de que debe cumplirse con la misión de asegurar la instalación de estos servicios.

Aparecen, de todos modos, obstáculos a sortear y vacíos que deben subsanarse.

Las decisiones políticas y las intervenciones profesionales no siempre se sustentan en evidencias científicas o en mecanismos de evaluación que permitan medir el impacto de las políticas y programas implementados. Se constata un cumplimiento débil o discrecional de las normativas existente y no hay un sistema de fiscalización claro para monitorear su implementación y sancionar ante los incumplimientos a las mismas.

Las personas están expuestas a la vulneración de derechos por no cumplimiento y/o desconocimiento del marco regulador de las prestaciones y ejercicios profesionales. El estigma y las diferentes formas de discriminación identificadas en la comunidad y en las prácticas institucionales en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, están vinculadas a la edad, sexo, género, clase, nivel educativo, orientación sexual, identidad de género, etnia, lugar de residencia o discapacidad de las personas. Las personas trans, la población adolescente y las personas que viven con VIH son algunas de las que más sufren estas situaciones en los centros de salud y educativos pero también en los ámbitos familiares y comunitarios.

La objeción de conciencia y su alto grado de adhesión por parte de los profesionales de la ginecología para brindar los servicios de aborto, representa una barrera al acceso particularmente para las mujeres del interior del país que no viven en las capitales departamentales. La objeción de ideario se establece también como una barrera para las usuarias de los prestadores que alegan objeción con este recurso, forzando además a sus profesionales a objetar lo dicte o no así su conciencia.

Los estudios de MYSU (2014) alertan sobre dificultades derivadas de la alta proporción de ginecólogos que se amparan en la objeción de conciencia para no realizar la prestación de IVE:

El estudio de Salto relevó los comienzos de la implementación de los servicios creados por la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Se identificó que este departamento: “(...) ha sido de los que mayores dificultades ha tenido para implementar la ley No. 18.987, debido al uso del recurso de objeción de conciencia por parte de todos los y las ginecólogas actuantes en el departamento. Es así que desde el inicio de la implementación a fines de 2012, hasta el 6 de setiembre de 2013, no se realizó ninguna interrupción de embarazo en el departamento”.

A partir de la última fecha señalada los traslados prácticamente no se han repetido debido a la presencia de una ginecóloga que no realizó objeción de conciencia, y que se traslada desde Montevideo una vez por semana para brindar el servicio de IVE tanto para el prestador público como el privado. La ginecóloga fue contactada en un primer momento por integrantes de la dirección del prestador privado, acordando trabajar para éste.

Posteriormente, enteradas las autoridades de ASSE, le ofrecieron destinar parte de las horas de trabajo de su cargo en el Pereira Rossell para brindar esta atención en el departamento de Salto.

La percepción de diversos actores entrevistados en el departamento, es que el aborto clandestino sigue existiendo. Lo mismo ocurre en los demás departamentos abarcados por el estudio LITORAL. La diferencia sobre esta práctica antes y después de la aprobación de la ley es que las mujeres acuden más para consultar por complicaciones de abortos realizados fuera del sistema de salud en base al mal conocimiento sobre la legislación promulgada lo que las expone a posible medidas judiciales dado que cuando se practica fuera del SNIS se comete el delito de aborto.

El estigma asociado a la práctica de aborto ha sido uno de los resultados más relevantes del estudio en los departamentos del litoral y puede identificarse como una barrera para el acceso a los servicios de IVE. El estigma y la posible discriminación se expresan tanto sobre las mujeres que requerirían una interrupción como sobre los profesionales que la realizan o que forman parte del equipo del servicio.

La escasez de difusión del derecho al aborto en los departamentos estudiados (Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano) es una constante, y además de contribuir con la permanencia del estigma sobre la práctica en estas sociedades, deja lugar a que la información de la que pueden disponer las usuarias se base en rumores que vulneran el derecho a un acceso adecuado.

El poder profesional médico, aun cuando no es un conjunto homogéneo, es muy fuerte y bastante jerárquico, tanto en su campo específico clínico como en el del sistema de salud que es marcadamente biomédico. Eso permite entender en parte el reconocimiento de la objeción de conciencia o el desincentivo que pueda implicar realizar prácticas estigmatizadas y no-lucrativas, por ejemplo, pero también el hecho de que las parteras no estén autorizadas a colocar DIUs o prescribir Mifepristona + Misoprostol. Además se acepta “como natural” que

las mujeres tengan que trasladarse lejos para obtener una prescripción de la medicación que les permita abortar.

En el área de Montevideo, en la Red de Atención Primaria que ya venía implementando, de modo parcial pero sostenido, consejería y abortos en los casos autorizados desde antes de la ley de 2012, la reforma consolida los servicios y prestaciones de aborto desde un punto de vista institucional, al tiempo que brinda seguridad tanto a profesionales como a las mujeres. Una palabra que sintetiza la experiencia subjetiva del cambio legal es “alivio”.

*Como ya se venía trabajando en todo eso anteriormente, es que en realidad (con la ley) no hubo un cambio tan abrupto. Lo que sí aflojó, alivió...*  
(Gabriela Píriz)

*Alivió, sí, esa es la palabra.* (Ana Monza)

Cuando los servicios y profesionales son amigables (incluso las profesionales entrevistadas sostienen como propios el lenguaje y la lucha por la salud y derechos sexuales y reproductivos), las consultas y tiempos que exige la ley pueden transformarse en una oportunidad también para enfrentar estigmas y pesos subjetivos que muchas veces se dan en relación con el aborto.

*Vos sabés que las mujeres quieren contar por qué (decidieron abortar), capaz que faltarán muchos millones de años, veinte, treinta años para que una mujer diga quiero abortar y no tenga que andar explicando por qué, pero ahora pensando en todo esto que hablábamos hoy en la maternidad y eso, a la mujer le es necesario decir por qué. A mí (médica), a la psicóloga, a la que le va a dar el número para la consulta, el por qué yo voy a hacer esto: porque no puedo más, porque mi marido me pega, porque la pastilla...*  
(Gabriela Píriz)

*...Conociendo a nuestras compañeras que trabajan en esto, lo que se hace es una escucha y un acompañamiento de la decisión que ya viene.*  
(Ana Monza)

En Montevideo, tanto en el Hospital Pereira-Rossel (servicio de Ginecología donde además funciona Iniciativas Sanitarias, hoy filial de IPPF) como en la Red de Atención Primaria (RAP) y algunas de sus policlínicas, se están realizando interrupciones del embarazo. En conversaciones con profesionales de los mismos, en ocasión de la visita de colegas de IWHC en mayo de 2015, pudo comprobarse el alto nivel de compromiso del personal de salud y la voluntad de interpretar la ley dentro del mayor respeto de los derechos de las mujeres, en los cuatro pasos que implica según la reglamentación, el procedimiento. Como señalaran Gabriela Píriz y Ana Monza, de la RAP, el cambio legal significa al

mismo tiempo una continuidad y una ruptura con las prácticas que venían llevando desde antes de 2012: continuidad, puesto que en ellos se venían implementando medidas de consejería y atención en el cuadro de la reducción de riesgos y daños; cambio, ya que el compuesto Misoprostol/Mifepristona (Mariprin) se vuelve gratuito y accesible en los servicios, profesionales y mujeres se sienten más cómodos/as en el vínculo, y el reconocimiento legal implica una disminución del estigma. Se insiste no obstante sobre la persistencia de algunos problemas, como la objeción de conciencia (menor en Montevideo que en el resto del país), la falta de operadores técnicos para las ecografías, los tiempos de espera, entre otros.

## Y ahora, ¿qué?

*Desde el punto de vista de quienes desde hace muchos años que venimos trabajando en esta agenda, tenemos importantes críticas al contenido de la ley, al mismo tiempo que no dejamos de reconocer que significa un paso en el proceso de la legitimación del derecho a decidir.* (Alejandra López)

*La ley sigue siendo el instrumento, la herramienta para que efectivamente después con el conocimiento de todos, con la educación que tengamos a partir de los derechos que consagra la ley, todos podamos apropiarnos de ella. Yo quisiera que las mujeres y nuestra sociedad se apropiaran de estas herramientas primero, después nadie se las va a quitar, al contrario nos permitiría dar otros escalones para seguir abarcando, o conteniendo más cosas que le están faltando.* (Juan Castillo)

*Un gran desafío que tenemos es sacarle poder a los médicos y redistribuirlo a la sociedad. Por supuesto, como parte de la sociedad, tendrán parte de ese poder, pero me parece que eso se vincula desde la atención médico-usuaria, hasta la cuestión de la regulación.* (Martín Couto)

La sanción de la ley de IVE abrió un camino hacia la institucionalización definitiva del aborto en el sistema de salud y hacia el cambio cultural que permita el pleno reconocimiento subjetivo del derecho a decidir sobre su vida reproductiva, familiar y sexual para todas y cada una de las mujeres.

Desde el punto de vista del sistema nacional integrado de salud, los desafíos son múltiples: hay cuestiones pendientes respecto de la implementación, desde la formación y sensibilización de profesionales y personal de salud, la garantía de acceso a servicios no obstante los objetores individuales de conciencia y los efectores que se declararon objetores por ideario, así como los protocolos y acciones para los casos de aborto requeridos por fuera de las condiciones especificadas en el marco legal. Asimismo, se requiere monitoreo social para

determinar cuál es hoy la situación del acceso al aborto medicamentoso y mediante los otros procedimientos.

Hay que considerar entre las barreras los efectos que tiene una cultura de ciudades pequeñas donde “*todo el mundo se conoce*” sobre las cuestiones de confidencialidad y manejo del estigma. Deben tomarse en cuenta las barreras materiales (ej. la distancia a recorrer) y simbólicas de acceso a los servicios, para que la información llegue a todas las mujeres, de todas las edades, sectores sociales y zonas del país, que los servicios funcionen y mapear y contener los efectos de la expansión de la objeción de TCA en agosto de 2015.

Pero también es necesario investigar hoy la persistencia de abortos ilegales y sus efectos, y diseñar una estrategia para responder tanto en los aspectos sanitarios como en los de criminalización. Otro tema pendiente relacionado es la distribución y uso “no oficial” u oficioso del Misoprostol, si existe todavía un mercado clandestino de esos productos y, de ser así, en qué medida persiste un mercado negro de clínicas o prácticas de aborto para aquellos casos que no puedan efectuarse dentro de los plazos y condiciones legales. La caracterización de la situación es difícil al no disponer datos sobre el número, condiciones y consecuencias en términos de morbi-mortalidad de abortos realizados por fuera del sistema de salud.

En el plano político-institucional, está pendiente el lugar del aborto en la reforma del Código Penal. El aborto todavía constituye un delito y según las circunstancias las mujeres corren el riesgo de ser juzgadas y castigadas si intentan o concretan interrumpir un embarazo. Mirando hacia el futuro, la reforma del código penal en curso puede tanto abrir ventanas de oportunidad para los anti-derechos como para las feministas y los pro-derechos, y la disputa es hoy. Mirando desde afuera, el reto principal hacia delante es la despenalización total del aborto (excepto, por supuesto, aquel que es realizado compulsivamente, contra la voluntad de la mujer) que, sin embargo, contesta el regulacionismo de la cultura política predominante.

La ley de 2012, no obstante los aspectos problemáticos señalados, habilita socialmente a avanzar en la apropiación subjetiva del aborto como derecho (es decir, que las mujeres, las parejas, la ciudadanía reconozcan para sí y para las demás la existencia de un derecho a abortar, reconozcan que frente a un embarazo es la mujer quien decide si proseguir o interrumpir la gestación, y es quien tiene los elementos de juicio suficientes para hacerlo), apropiación que tiene una dimensión individual en el uso práctico de la ley como una dimensión colectiva crítica que invita a luchar por redefinir los aspectos problemáticos de su contenido y los eventuales inconvenientes relativos a su implementación. Las vías para alcanzar reformas en las políticas apuntan tanto al seno del Ministerio de Salud como a la vía legislativa –hoy considerada como en *stand by*–, y no así

la vía de la judicialización, aun cuando incluso en los mismos días que hemos realizado las entrevistas se han dado a conocer casos complicados que todavía criminalizan a mujeres que abortan, en particular casos realizados por fuera del sistema de salud.

El trabajo de “hegemonía” (Portelli, 2007) y de “guerra de trincheras” (según la terminología gramsciana usada en algunas de las entrevistas) en pos del reconocimiento social pleno del aborto como un derecho, así como de la responsabilidad del sector salud y del Estado, continúa tanto al nivel de la sociedad civil y del Estado, como en el nivel de los partidos y dirigentes políticos, particularmente en el Frente Amplio.

Finalmente, hay que nombrar la construcción “biopolítica” del aborto como una cuestión que se inscribe bajo la tutela médico-jurídica, lo que invita desde una perspectiva feminista a examinar hasta qué punto esta construcción habilita y hasta qué punto condiciona o impide las prácticas autónomas de las mujeres. En el extremo, la tarea exige examinar el fenómeno de que aquello que escapa a la regulación sigue criminalizado. En ese marco, se ubica la compleja dinámica de colaboración y tensión entre la perspectiva de los actores médicos –que enfatizan las consecuencias de salud del aborto ilegal (morbi-mortalidad) y tienden a ver el aborto siempre como “algo a evitar”– y la mirada feminista, que subraya el derecho al aborto legal como una premisa de la autonomía y la ciudadanía de las mujeres, al tiempo que insiste en la maternidad como una opción y no un destino, en cuestionamiento al mandato mujer=madre.



## CAPÍTULO III

### PERSPECTIVAS Y LECCIONES APRENDIDAS

La mirada del estudio estuvo puesta en un período corto (aproximadamente una década) y en un momento más o menos preciso como lo fue el 2012. Pero no es posible explicar ni comprender el cambio legal sobre aborto sin tomar en cuenta el proceso a largo plazo, sin remontarse a un siglo de cambios legales, desarrollos partidarios (en especial de la izquierda), tradiciones culturales, luchas feministas y de otros actores, o la construcción de un Estado y un sistema sanitario de cuño tutelar que habilitan y condicionan las prácticas de los sujetos.

En su especificidad, el caso uruguayo hacia la reforma legal del aborto tiene mucho para decir hacia el resto de la región latinoamericana. ¿Qué procesos y actores contribuyeron a la reforma, y qué procesos y actores fueron obstaculizadores? ¿Qué lecciones pueden extraerse de los mismos, tanto en relación con los aspectos exitosos de la reforma, como de algunas tensiones, limitaciones e incertidumbres?

La inclusión de la interrupción voluntaria del embarazo, aun limitada a una perspectiva de salud y reducción de daños, y no necesariamente sustentada en una clara perspectiva de derechos, sólo puede interpretarse y evaluarse políticamente en contexto: en una América Latina que no logra avanzar en materia de aborto (cuando lo ha hecho de manera radical y significativa en otras materias de derechos sexuales y reproductivos), la reforma legal uruguayana resalta por su carácter progresivo, al tiempo que si se la compara con la historia y pre-

sente del país, puede interpretársela como tímida y, en algún punto, frustrante. En lo que sigue, recapitulamos elementos del contexto habilitador, factores limitantes y riesgos que persisten, para luego detenernos en un análisis de las dinámicas y concluir con las lecciones aprendidas.

## Factores habilitadores y actores favorables

De las entrevistas y lecturas pueden sintetizarse los siguientes rasgos del contexto uruguayo como habilitador, facilitador o promotor de los procesos políticos de reforma:

- El rol de los feminismos y feministas como protagonistas primeras y necesarias del proceso de cambio, centrales en la construcción de la agenda, la elaboración de propuestas y la fiscalización social, así como articuladoras con otros actores políticos y sociales.
- El sistema político y partidario, los partidos, y en particular el Frente Amplio, cuyas reglas y dinámicas abrieron una ventana de oportunidad para el cambio legal (mayoría parlamentaria del Frente, la figura de Mujica en tanto presidente y líder del partido que operó como habilitador, como también lo fue para dar lugar al matrimonio igualitario).
- La larga duración de una cultura cívico-política, enemiga de los conflictos y las disrupciones, en tanto desconfía de la presencia de lo religioso en la esfera público-política.
- El contexto socioeconómico y sanitario de Uruguay, cuya estabilidad y relativamente buena performance habilitó a avanzar en cuestiones como la interrupción voluntaria del embarazo.
- Un sistema de salud integrado y articulado desde el Estado, con una dinámica propia que desde finales de los años 90 transita (en el área específica) desde el modelo materno infantil hacia el de salud sexual y reproductiva, donde se inscribe no sin tensiones la lógica de reducción de riesgos y daños, conjunto de factores que permitieron avances en materia de aborto.
- Los sucesivos períodos que definen el largo proceso hacia el cambio legal del aborto han contribuido a crear una atmósfera institucional y social favorable a la reforma (antes de 1999 los proyectos pioneros; del 2000 al 2010 las luchas y vicisitudes legislativas, la ley de 2004, la ley y veto de 2008, las reacciones post-veto; el escenario abierto con el mandato de Mujica, la aprobación negociada de una ley condicionada, el fracaso del pre-referéndum cuyo fin era derribar la ley).

- Sincronía y colaboración entre actores favorables al cambio legal: centralidad del feminismo, liderazgo de mujeres parlamentarias y varones parlamentarios, compromisos explícitos del movimiento sindical y estudiantil y otros, así como de partes importantes del sector médico-sanitario, la Universidad de la República y la academia.
- Opinión pública mayoritariamente favorable a la reforma legal, que refleja y resulta de los factores estructurales reseñados: cultura laica, fuerte presencia de las mujeres en la política, sindicatos y movimientos sociales, sostenida lucha cultural feminista por cambiar los discursos circulantes sobre aborto, etc. Cabe reiterar que desde el feminismo se hizo uso de los datos para mostrar que la clase política estaba actuando de manera más conservadora que la sociedad y de la propia masa votante de cada partido.
- Presencia relativamente poco numerosa de sectores contrarios al aborto y, en especial (en comparación con otros países) de actores político-religioso dogmáticos y con poder institucional. Los sectores conservadores tenían fuerza institucional, simbólica y de incidencia en el poder político desde siempre, pero fueron perdiendo adhesión pública a medida que se fue ganando terreno desde el movimiento social. Pero dichos sectores nunca dejaron de estar y de incidir. Modificaron sus estrategias, adoptando un discurso más secular e incorporaron a la mujer en sus consignas, como por ejemplo el slogan “*salvemos a los dos*”. Aparecen además cada vez con mayor fuerza los grupos evangélicos y neo-pentecostales. Actualmente, la estrategia es incorporarse a los poderes del Estado para intentar revertir la situación “desde adentro”.
- En el proceso de consolidación de alianzas favorables al derecho al aborto, es de resaltar el papel del movimiento obrero organizado. La experiencia política del Frente Amplio históricamente dio al actor sindical un lugar central. Dentro de las organizaciones, fueron constituyéndose desde hace muchos años redes y comisiones de mujeres, de género, de diversidad, que lograron imprimir al conjunto del PIT-CNT la asunción de las problemáticas sexuales y reproductivas también como un tema central de las y los trabajadores. En los últimos años, como señalara Juan Castillo en su entrevista, el movimiento sindical hizo suyas las consignas del aborto o de la diversidad sexual, incluyéndolas entre las reivindicaciones y banderas públicas, articuladas en el lenguaje de la justicia social e incluso del socialismo como proyecto y utopía. Este es tal vez uno de los rasgos más excepcionales del caso uruguayo en perspectiva comparada.
- La vinculación de las fuerzas favorables a la reforma de la ley de aborto con la academia, como espacio legitimado de producción de conocimientos y como institución sede de articulaciones político-gremiales (consejos, federaciones). Desde los 90, la Universidad de la República produce y



disemina información calificada sobre aborto que seguramente llega a formadores de opinión y a los actores políticos centrales, en una alianza estratégica con algunas organizaciones feministas como MYSU. También hubo posicionamientos públicos a favor del cambio legal desde los Consejos de Facultad de Psicología, de Ciencias Sociales y del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República.

- Sectores médicos retomaron el tema en los años 2000, priorizando acciones hacia la propia corporación (instituciones médicas y estatales), hacia el interior de los partidos y con conexiones puntuales con la sociedad. En el caso de Iniciativas Sanitarias, por ejemplo, la retórica de los derechos sexuales y reproductivos construida y difundida a escala global y latinoamericana, se articula –no sin tensiones– con evaluaciones localizadas (en el campo médico y sanitario, en el campo político-institucional) “realistas”, en términos de relaciones de fuerza y consensos posibles, que dieron lugar a la estrategia de reducción de riesgos y daños como modo de combinar imperativos técnicos de reducción de morbi-mortalidad por aborto con los cauces legales vigentes o considerados factibles. La organización del sistema de salud de Uruguay, que hemos descrito, que integra (y por ello, “monopoliza”) las políticas, la prevención y la atención, da a quienes se proponen motorizar cambios a la vez la oportunidad de intervenir de manera más o menos sistemática, logrando la implementación concreta de políticas, al tiempo que se ven limitados justamente por las lógicas corporativas, los intereses sectoriales y las formaciones y “deformaciones” profesionales.
- Por otro lado, el trabajo de formación y cambio de cultura institucional realizados a lo largo de los años con dispositivos de capacitación llevados adelante por MYSU y otras organizaciones feministas, los estudios y cursos de cátedras de la Universidad, las actividades de formación y difusión del modelo de reducción de riesgos y daños por Iniciativas Sanitarias, tuvieron como efecto una transformación en la visión de los profesionales de salud sobre la IVE y las condiciones que llevan a las mujeres a hacer esa opción. Aunque la objeción de conciencia y especialmente la objeción de ideario consignada en la ley de 2012 constituyen óbices importantes a la implementación, las informaciones relevadas por MYSU y el material recogido junto a profesionales de salud indican que hoy existe una red de profesionales comprometida con la autonomía de decisión reproductiva y el bienestar de las mujeres que acuden a los servicios públicos.

## Factores obstaculizadores y actores hostiles

- Las mismas reglas del juego político que abrieron la ventana de oportunidad para el cambio (en términos de sistema electoral), prácticas de negociación inter e intrapartidaria y procedimientos legislativos terminaron paradójicamente por condicionar los contenidos y el lenguaje de la ley.
- La jerarquía católica u otros actores religiosos no parecieran ocupar el lugar o la influencia que tienen en otros países. La influencia católica pareciera ejercerse a través de la identidad, formación y sociabilidad de algunos líderes políticos, judiciales y mediáticos (por ejemplo, el diputado frenteamplista que no votó la ley en 2012 es diácono católico, o el mismísimo Tabaré Vázquez y su familia), pero no a través de la movilización amplia de los fieles (salvo alguna manifestación puntual) y menos aún de un electorado católico o religioso. La retórica religiosa reaparece con otros lenguajes, más ajustados al contexto de laicidad republicana. Por otro lado, hay ya activa presencia de grupos evangélicos que se están organizando para una actuación política electoral más contundente. La aprobación de la ley en 2012 no ha hecho que abandonasen el campo, al contrario, desde entonces siguen promoviendo iniciativas contra la reforma y nada sugiere que vayan a desistir.
- El ciclo largo de la reforma (casi veinte años) y más especialmente las idas y venidas de proceso entre 2004 y 2012 si, por un lado, han permitido la creación de un clima favorable a la decisión reproductiva de las mujeres, por otro lado, han facilitado la organización y el crecimiento de la resistencia conservadora.
- La solidez del sistema de salud y el peso del sector médico presenta una contracara: una larga tradición tutelar biomédica que sustituyó la moral religiosa en la cultura política. En el caso del aborto, eso significa una resistencia a reconocer el acceso a la IVE como un derecho reproductivo de las mujeres. La tensión entre la visión biomédica y la visión feminista sobre el derecho al aborto legal es quizás la cuestión más estructural del caso uruguayo.
- El carácter no-comercial de la práctica y el hecho de que no exista una prima específica apuntan a sustraerla del fin de lucro; pero al mismo tiempo, en un contexto médico-profesional que ya está en gran parte mercantilizado, y siendo el aborto una prestación estigmatizada y que queda por ley restringida a los médicos ginecólogos, abre la posibilidad a que profesionales prioricen su tiempo y experticia en otras prácticas médicas que sí admiten el pago específico. Asimismo, la definición legal del aborto y los modos taxativos de regular su implementación (por ejemplo

al determinar métodos exclusivos o privilegiados) establecen límites a la autonomía y la adaptación a los diferentes contextos.

- La persistencia del estigma del aborto en algunas franjas de la población así como en las instituciones y profesionales de salud, es un tema a enfrentar para garantizar tanto la accesibilidad y la calidad de la atención como la apropiación subjetiva del derecho al aborto por parte de las mujeres.

## Lecciones aprendidas

### En relación a los argumentos y uso de la información

- Desnaturalizar la ilegalidad del aborto: Cuando el aborto es ilegal, la criminalización se presenta como un estado de cosas “dado” e inmutable, pero en realidad es un permanente y activo ejercicio de violencia contra las mujeres. Mostrar que esta situación legal es un falso equilibrio, que se trata en realidad de una injusticia sistemáticamente reproducida por el Estado patriarcal, ha sido y es una de las principales tareas del feminismo. El impedimento legal al aborto implica la reproducción institucional de un orden político que no considera a las mujeres plenamente capaces para decidir sobre su vida y proyecto de vida. Pero la apariencia del aborto ilegal como un estado de cosas equilibrado, “natural”, hace que quienes proponen –como lo ha hecho históricamente el movimiento feminista– redefinir los términos de la criminalización en pos del reconocimiento de derechos, sean percibidos como disruptivos, como que son ellas/ellos quienes introducen la conflictividad en un equilibrio estable y aceptado. En un contexto desfavorable a conflictos y que tiende a resolver las disrupciones de manera “consensuada”, el proceso de reforma uruguayo, es interesante para analizar este punto.
- Plantear la discusión en términos de derechos y de salud, no en términos religiosos. La construcción de la oposición o del conflicto sobre aborto en términos seculares: en muchos países suele construirse el conflicto en torno al aborto, como un conflicto entre las feministas (y sus aliados) y el actor religioso con sus aliados políticos. Aquí hemos visto que la polarización religión-laicidad está desdibujada. En cambio, el conflicto se dio entre un conjunto de élites que apostó a la inercia institucional, al mantenimiento del estatus quo a través de una presión por arriba, que se vio obligada a actuar disruptivamente cuando sale la ley de 2008, y por el otro lado las articulaciones organizativas y discursivas promovidas desde el movimiento feminista y sus aliados históricos, estratégicos y/o circunstanciales. En términos de enfrentamiento discursivo, el lenguaje definitivamente se aleja de la retórica religiosa o seudoreligiosa, y se propone como en el plano de los derechos humanos, de la ciencia, de la

justicia social, aun cuando puedan remitirse los discursos seculares a valores y significantes confesionales. Cabe aclarar que por no ser religiosos, los lenguajes de la polarización no por ello son menos “sagrados” en su creencia y persistencia.

- Construir estrategias con impacto visual y emocional ligado a la vida cotidiana: El uso imaginativo de consignas y ocupación del espacio público con consignas claras y presencia de los cuerpos y rostros de las mujeres en relación con el aborto y los derechos.
- Producir y utilizar evidencia: el uso inteligente y apropiado de la información. Desde las organizaciones feministas se ha alentado y hecho uso de los datos de opinión pública, de la investigación en salud, histórica y antropológica, de la información circulante nacional y regional/internacional. En particular, mostrar que el clima de opinión según el cual “la población está en contra del cambio legal sobre aborto” es falso: que la opinión pública uruguaya se muestra (por lo menos desde inicios de los noventa) mayormente favorable a la descriminalización, y mostrar los datos según los cuales la clase política es más conservadora que la sociedad. Las investigaciones y registros dan cuenta de que la práctica del aborto (salvo raras excepciones) en los hechos no es castigada, que es tolerada y bastante aceptada a nivel social, y que las mujeres han abortado independientemente del estatus legal y la accesibilidad del aborto. Parte del problema en Uruguay fue mostrar que las y los legisladores (y el presidente Tabaré Vázquez) estaban teniendo posiciones que sus propias bases ya habían resuelto. El pre-referéndum para derogar la ley de IVE ilustró eso con números: menos del 9 por ciento de la ciudadanía se presentó a votar para intentar volver al pasado.

### En relación a los escenarios y el rol de los actores

- Es imprescindible reconocer que hubo “caras” públicas feministas que se ganaron la legitimidad en la opinión pública y fueron sumando adhesiones hasta revertir la inacción o reacción ciudadana. Las feministas comenzaron siendo una minoría a favor del aborto legal hasta obtener el respaldo mayoritario y el reconocimiento de ser las defensoras del derecho a decidir de las mujeres como parte de los derechos humanos desde una perspectiva de justicia de género.
- Las organizaciones feministas específicamente dedicadas al tema del aborto han logrado construir en estos años una batería de argumentos y fundamentos diversos e importantes: la calidad de la democracia, que implica fomentar y valorar la convivencia pacífica de la diversidad de sistema de valores; la dimensión de la morbi-mortalidad materna como indicador de desarrollo y de la igualdad alcanzada; el aborto y su impacto sobre las distintas dimensiones de la vulnerabilidad socio-educativa y económica (indicador de justicia social), así como la injusticia social que

representa el impacto desigualmente distribuido de las consecuencias del aborto inseguro en las mujeres más pobres, menos educadas y más jóvenes. Y, sobre todo, la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en el campo más amplio y legitimado de los derechos humanos y sus organizaciones más reconocidas.

- Tomarse en serio la centralidad de los partidos políticos, de las reglas y resultados electorales y la dinámica del sistema de partidos, dado el régimen de democracia política. La ley de 2012 fue posible: a) porque existía un partido o alianza de izquierda mayoritariamente favorable al cambio legal; b) porque este partido tenía mayoría parlamentaria, lo cual podía evitar o disminuir la necesidad de procurar aliados extrapartidarios; c) esa mayoría no fue sin embargo suficiente. Se requería además de, al menos, el visto bueno del Poder Ejecutivo, como lo muestra negativamente el año 2008 y positivamente el año 2012. La lección: en sistemas políticos democráticos, con la presencia de partidos que articulan y agregan intereses e institucionalizan los conflictos sociales, se impone el trabajo político sobre los partidos. Son los partidos en su dinámica intra e inter-partidaria y electoral, y son los partidos en su vida y lógica interna, los que hacen la diferencia. En el caso del aborto en Uruguay, el cambio legal no habría sido tal vez posible ni sería inteligible sin considerar la inclusión del tema en la plataforma del Frente Amplio, y sin considerar el papel de las mujeres, el actor sindical, ciertos dirigentes impulsores (en los noventa por ejemplo Rafael Sanseviero; en el período reciente Mónica Xavier, Constanza Moreira, Juan Castillo), líderes habilitantes como José Mujica u obstaculizadores como Tabaré Vázquez. En suma, conocer e intervenir sobre las dinámicas político-partidarias es clave, no alcanza con colocar el foco en las dinámicas sociedad civil-Estado.
- Individuos, servicios y organizaciones en el seno del sector médico y de salud, sobre todo en contextos con una historia y legitimidad sanitarista, son cruciales en los modos en que el aborto logra entrar en la agenda en tanto cuestión de salud pública e individual y de derechos. El sector contribuye tanto a su inclusión en la agenda social y mediática, como en la agenda política y de las políticas públicas. La impronta tutelar biomédica se refleja en la permanencia de una visión “desde arriba” profesional-estatal.
- Para los actores políticos favorables al aborto legal es crucial comprender en su justa medida los costos y los beneficios de pronunciarse en materia de aborto: en varios países de la región, políticas y políticos que están a favor de la IVE, no se pronuncian por temor a pagar costos político-electorales. El caso uruguayo muestra que es difícil determinar la medida y sentido del costo. Mónica Xavier, impulsora de la IVE, es senadora electa y fue elegida como Presidenta del Frente Amplio, pero menciona costos personales y políticos por haber motorizado el cambio. Tabaré Vázquez, principal figura hostil a la IVE, tuvo que renunciar a su partido, pero fue vuelto a elegir como presidente. El Frente Amplio, partido impulsor de las leyes de 2008 y 2012, ganó ampliamente las elecciones que siguie-

ron a la votación de esas leyes. En suma, si hay costos o beneficios, no pueden establecerse a priori ni al margen del conjunto de dinámicas políticas más amplias. Quizá los costos tengan que ver más con fidelidades personales y con la sociabilidad cotidiana. En términos de “costos” para los partidos, en particular para el Frente Amplio que impulsó el cambio legal, puede decirse que la dinámica de construcción partidaria tuvo su impronta: por un lado, galvanizó (sobre todo después del veto) la postura reformista; por el otro, respetó la lógica interna de preservar la coalición en su diversidad.

- Es fundamental reconocer y analizar a fondo los argumentos, estrategias y capacidad de acción de las fuerzas contrarias al aborto legal, pero ese reconocimiento no puede producir pánico o parálisis.

### En relación a los procesos

- El trabajo de base: Uruguay cuenta con un liderazgo activo y siempre presente de organizaciones feministas. Cabe resaltar la especificidad de aquellas organizaciones como MYSU que en particular trabajaron sostenidamente en materia de la salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva, en el acompañamiento a abortar cuando era ilegal, en montar centros y servicios de atención alternativa en salud de las mujeres.
- Forjar políticas de alianzas: las organizaciones feministas impulsaron en materia de aborto un proceso de inclusión en la agenda y tratamiento político que sólo fue posible por inteligentes políticas de alianzas. Entre estas alianzas, las mujeres sindicalistas y mujeres políticas (en particular del Frente Amplio), también con varones sindicalistas y políticos, dirigentes y organizaciones estudiantiles y universitarias, ONGs y redes internacionales, organizaciones y redes del resto de América Latina.
- Las alianzas y tensiones al interior del feminismo, y las alianzas y tensiones entre feministas y otros sectores, se explican tanto por las diferentes visiones estratégicas y tácticas en relación con el aborto y la agenda feminista, como por la sinergia o competencia entre cuestiones, que se expresan a su vez en los dilemas políticos derivados de la doble militancia: en movimiento social y partido, a lo que en casos se suma la participación directa en el gobierno o el Parlamento.
- La visión estratégica y la capacidad para aprovechar momentos clave, aun los negativos. Por ejemplo, aprovechar las ventanas de oportunidad, cuando el liderazgo desde el Poder Ejecutivo “deja hacer” a los movimientos sociales, como pasó con el mandato de Mujica cuando se modificaron las leyes de aborto, matrimonio igualitario y regulación del uso de marihuana. Pero también, accionar frente a los malos momentos: por ejemplo, ante la frustración del veto a la ley de 2008, varios sectores unieron sus fuerzas para avanzar en la obtención de una nueva ley de aborto.

- Sostener la articulación de actores y el trabajo específico en espacios diversos (opinión pública, espacios partidarios y parlamentarios, sector salud, corporaciones y asociaciones médicas, instituciones como la universidad o los sindicatos y centrales sindicales) que potencia sinérgicamente la labor de cada uno.
- Avanzar en medio de tensiones: hemos hablado de actores y argumentos favorables al cambio legal. Pero esto no significa homogeneidad. La heterogeneidad refiere tanto a diferencias ideológicas o tácticas (como pueden haber al interior del movimiento feminista, entre miradas, generaciones, historias), como de lógicas, presupuestos éticos y evaluaciones políticas. No piensan ni actúan del mismo modo las feministas (y los movimientos sociales en general), las y los dirigentes partidarios y gubernamentales (con su lógica “realista”, a veces real y a veces pretexto), o quienes promueven reformas desde el sector salud con criterios instrumentales de salud pública, y a veces también corporativos.
- Anudar consensos sectoriales: la importancia de avanzar en los diversos niveles en la construcción de consensos en el seno del sistema de salud, las corporaciones y colegios médicos, el Ministerio de Salud, y el vínculo de los profesionales de salud en tanto militantes y dirigentes partidarios, así como la universidad (Facultad de Psicología, de Medicina, de Ciencias Sociales) y el movimiento estudiantil. Y teniendo en cuenta los intereses, capitales y tipos de legitimidad que definen a cada campo. A su vez, para aprobar leyes, casi siempre habrá necesidad de “flexibilizar posiciones”. La pregunta aquí es cuáles son los límites, cuáles son los aspectos innegociables.
- No aflojar nunca: La perseverancia y el compromiso en el debate público y la movilización social han sido clave. Tanto desde el movimiento social como algunas líderes políticas mostraron que, frente a las sucesivas negativas del Parlamento, y sobre todo frente al veto del Poder Ejecutivo, es verdad aquello de “persevera y triunfarás”. Legalizar el aborto, un proceso largo y complejo, requiere sustentabilidad de muchos órdenes, incluso económicamente. La lectura realista (“pesimismo de la inteligencia”) pero a la vez optimista y utópica, llevó a las protagonistas de esta historia a insistir con la propuesta y aprovechar la ventana de oportunidad y, ahora, a seguir con lo que falta. En suma, la voluntad sostenida, y la acción permanente y calificada, hacen la diferencia.
- Aprobar una ley de aborto no es nunca el final del camino, es apenas el comienzo. Los embates al aborto como derechos de las mujeres han empezado en el momento mismo de la sanción de la ley, y siguen pendientes tanto varios problemas e inconsistencias legales, como la efectiva implementación de manera universal, de calidad y respetuosa de los derechos sin discriminaciones.

*A todos les digo, no fue gratis, nadie se la hizo gratis, no fue fácil, a estas mujeres que hoy tienen este derecho, a estas organizaciones como MYSU, a mis compañeras del Departamento de Género, ninguno de nosotros le regalamos nada, se abrieron espacio y se lo ganaron, además hoy gozan del respeto de todos nosotros. (Juan Castillo)*

*Si bien yo no soy de las que considere que los derechos se consiguen de una vez y para siempre, creo que podrá haber embates, pero éste es un tema en que la sociedad necesitaba que se diera ese salto que significó tener esta ley, y podrá haber gente siempre que intente, pero me parece que es una ley con un grado de apropiación por parte de los ciudadanos en donde queda muy claro: no murieron más mujeres por aborto inseguro. Entonces yo sé que uno tiene que seguir trabajando para que ningún padre, ninguna madre, ningún compañero, ningún amigo o amiga piense que mejor es correr el albur de morirse, en lugar de ir a un lugar seguro y tener una práctica adecuada. (Mónica Xavier)*

La ley de IVE incorpora definitivamente el aborto al sistema de salud y habilita el cambio cultural hacia el pleno reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas. Además de las cuestiones pendientes respecto del estigma, la accesibilidad y la implementación de servicios de calidad en el sistema de salud, la persistencia de la criminalización del aborto en el Código Penal aporta inseguridad, tanto por sus consecuencias sanitarias como para el proceso social de apropiación subjetiva del aborto como derecho y no como un crimen que es despenalizado en ciertas circunstancias y salvaguardas.

Nuestra clave de interpretación del proceso de reforma legal en Uruguay refiere a la construcción biopolítica del aborto como un acto que se inscribe bajo la tutela médico-jurídica. Desde una perspectiva feminista esto nos lleva a examinar hasta qué punto dicha construcción habilita, condiciona o impide las prácticas autónomas de las mujeres y las parejas.

En el contexto latinoamericano, la inaccesibilidad al aborto seguro en el sistema de salud representa una barrera central para la ciudadanía y para el reconocimiento de la capacidad ética de las mujeres. El caso uruguayo, aun con los problemas señalados, muestra que puede avanzarse en una dirección democrática y de justicia de género en una región en la que a los movimientos políticos populares les cuesta integrar el aborto a una agenda más amplia de la democratización y la justicia social, y en la que a las derechas conservadoras no les cuesta defender el estatus quo criminalizador como si fuera un equilibrio natural. Entretanto, el derecho de las mujeres a su propio cuerpo, y a su propia alma, sigue siendo una de las venas abiertas de esta América Latina del siglo XXI.



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y DE REFERENCIA

- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2004). *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Montevideo: Mysu – Dawn.
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2007). El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal”. En Abracinskas, L. Y López Gómez, A. (coords.) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: Mysu.
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2006). Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática. En Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto*. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós.
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2008). *Aborto en Uruguay. Debate en Cámara de Diputados. ¿Cómo deberían votar?*. Montevideo: Mysu.
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (Coords.) (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Montevideo: Mysu.
- Aguiar, S. y Arocena, F. (2014). Menant la marche: l’Uruguay et ses trois lois avant-gardistes. *Cahiers des Amériques Latines* 77, 69-86.
- Aguirre, R. (1991). *Grupos de mujeres y organizaciones vinculadas a la temática femenina en el Uruguay*. Montevideo: CIEDUR.
- Aguirre, R. (2014). La política de cuidados en Uruguay: ¿un avance para la igualdad de género?. *Revista Estudios Feministas* 3, 795-813.
- Aguirre, R. y Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. Santiago De Chile: Cepal.
- Alcántara, M. y Rivas, C. (2013). Opinión sobre el aborto desde la perspectiva de los legisladores latinoamericanos. *Elites Parlamentarias Latinoamericanas* 54. Recuperado de: [http://americo.usal.es/iberoame/sites/default/files/alcantara\\_rivas\\_boletin\\_opinion54.pdf](http://americo.usal.es/iberoame/sites/default/files/alcantara_rivas_boletin_opinion54.pdf)
- Aleman, Eduardo y Thomas Schwartz (2006). “Presidential vetoes in Latin American constitutions”, en *Journal of Theoretical Politics* 18(1):98-120.
- Altman, D. (2002). Cambios en las percepciones ideológicas de lemas y fracciones políticas: un mapa del sistema de partidos uruguayo (1986-1997). *Cuadernos del CLAEH* 85(1), 89-110.
- Álvares, P. (2013). Tras la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo: El mapa cambia de color. *Revista de Cotidiano* 47, 2-7.

Anández, C. y Chiacchio, R. (1989). Aborto: Análisis jurídico. En Cotidiano Mujer *Yo aborto, tú abortas, todos callamos*. Montevideo: Cotidiano Mujer.

AUPF-RUDA. (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: AUPF-RUDA-IPPF/RHO.

Avila, M.B. (org) (2001) "Feminismo, ciudadanía y transformación social" en *Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade*. SOS CORPO, género y ciudadanía, Recife.

Banfi Vique, A., Cabrera, O.A., Gómez Lugo, F., y Hevia, M. (2010). *El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos*. Montevideo: MYSU.

Barrán, J.P. (1992), *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*, Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Berro Pizzarossa, L. (2015) "Conscientious Objection or Conscious Oppression?: The Uphill Battle to Access Abortion Services in Uruguay" (OxHRH, 11 September 2015) <<http://ohrh.law.ox.ac.uk/conscientious-objection-or-conscious-oppression-the-uphill-battle-to-access-abortion-services-in-uruguay>> [acceso 11 de septiembre de 2015].

Bidegain Ponte, G. (2007). Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto. En Abracinskas, L. y López Gómez, A. (coords.) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: Mysu.

Bidegain Ponte, G. (2013). Uruguay: ¿el año bisagra? *Revista De Ciencia Política* 33(1), 351-374.

Boidi, M. y Corral, M. (2013). *Opinión pública y el derecho al aborto en las Américas*. Vanderbilt: Proyecto de opinión pública de América Latina (Lapop), Universidad de Vanderbilt. Recuperado de: <http://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/itb008es.pdf>

Bonino, M. (2007). *La institucionalidad de género en el Estado uruguayo*. Montevideo: Inmujeres-MIDES. <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/La%20%20institucionalidad%20de%20genero%20en%20Uruguay.pdf?contentid=644&version=1&filename=La%20%20institucionalidad%20de%20genero%20en%20Uruguay.pdf>

Bottinelli, E.(2007) <http://www2.factum.edu.uy/estpol/anapol/2007/anp07020.html>

Bottinelli, E. Análisis escrito sobre fracaso del pre-referéndum "El divorcio sociedad-¿líderes? <http://www.factum.edu.uy/node/987>

Bottinelli, E. Análisis previo al pre-referéndum <http://www.factum.edu.uy/node/877>

Bottinelli, O. (2007). La opinión pública en los últimos 15 años. En Abracinskas, L. y López Gómez, A. (coords.) *Aborto en Uruguay. Consenso social, conflicto democrático*. Montevideo: Mujer y Salud en Uruguay.

Bottinelli, O. (2010). La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública. *Época* 1(2), 13-30.

Bottinelli, O. (2012). El aborto en el juego político. *El Observador* (24/06/2012). Recuperado de: <http://www.factum.edu.uy/node/556>

Bottinelli, O. y Buquet, D. (2010). El aborto en la opinión pública uruguayo. *Época* 1(2), 1-42. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/556/aborto%20opinion%20publica%20uruguay.pdf?sequence=1>

Briozzo L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis - estrategias para su reducción. *Rev. Méd. Urug.* 19(3), 188-200.

Briozzo L., Labandera A., Gorgoroso, M. y Jons, P. (2007). "Iniciativas sanitarias": una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. En Briozzo, L. (Ed.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.

Briozzo, L. et al. (2007). *Iniciativas Sanitarias Contra El Aborto Provocado En Condiciones De Riesgo*. Montevideo: Arena.

Briozzo, L. (2012). *Presentación delegación uruguayo ante la reunión del comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo*. Recuperado de: [Http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19035/1/Informe\\_Uruguay\\_Comite\\_Cepal2012.Pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19035/1/Informe_Uruguay_Comite_Cepal2012.Pdf)

Briozzo, L., Vidiella, G., Vidarte, B., Ferreiro G., Jons, P. y Cuadro, J. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Rev. Méd. Urug.* 18, 4-13 .

Buquet Corleto, D. (1998). Reforma política y gobernabilidad democrática en el Uruguay: la reforma constitucional de 1996. *Revista Uruguaya De Ciencia Política* 10, 9-24

Buquet, D. y Piñero, R. (2014). La consolidación de un nuevo sistema de partidos en Uruguay. *Revista Debates* 8(1), 127-148.

Buquet, D. y De Armas, G. (2004): "La evolución electoral de la izquierda: crecimiento demográfico y moderación ideológica", en Lanzaro, Jorge (coord.), *La izquierda uruguayo entre la oposición y el gobierno*, Ed. Fin de Siglo, Instituto de Ciencia Política, Montevideo.

Burstin, V. (2008). *Monitoreo 2008: ciudadanía, participación y representación política. Transversalización de la equidad de género en las políticas públicas*. Montevideo: CNS Mujeres.

Cabrera, O., Hevia, M., Gómez-Lugo, F. y Banfi-Vique, A. (2011). The politics of reproductive health rights in Uruguay: why the presidential veto to the right to abortion is illegitimate. *Revista de Direito Sanitário* 12(2),192-205.

Caetano, G. (2011). *La República Batllista*. Montevideo: Banda Oriental.

Caetano, G. y Geymonat, R. (1997). *La secularización uruguayo (1859-1919)*. Montevideo: Taurus.

Carbajal, M. 2006. Una demanda ciudadana: la despenalización del aborto en uruguay. *Debate feminista* 34, 116-127.

Carril Berro, E. y López Gómez, A. (2012). Significados de aborto y opiniones sobre derecho a decidir en varones uruguayos. *Estudios Sociológicos* 30(90), 739-771.

Celiberti, L. (1989). Que coger sea un placer. En Cotidiano Mujer *Yo aborto, tú abortas, todos callamos*. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Celiberti, L. (2009). Desafíos feministas. Nuevos tiempos: viejos desafíos. Reflexiones colectivas, escrituras horizontales. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14(33), 71-88.

Centro De Derechos Reproductivos. (2014). *Panorama mundial del derecho al aborto*. S.L.: Centro De Derechos Reproductivos, 2014. Recuperado de: [http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/wam\\_spanish\\_global-view\\_2014%20web%20version.pdf](http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/wam_spanish_global-view_2014%20web%20version.pdf)

Chasquetti, D. (2011). El secreto del éxito: presidentes y cárteles legislativos en Uruguay (1995-2010). *Rev. Urug. Cienc. Polít.* 20(1), 9-31.

Chasquetti, D. y Buquet, D. (2004). La democracia en Uruguay: una partidocracia de consenso. *Política* 42, 221-247.

Chasquetti, D. (2011). "El costo de pasar: gobiernos de coalición y gobiernos de partido en el proceso legislativo uruguayo". En Manuel Alcántara y Mercedes García Montero (eds.) Algo más que presidentes. El papel del Poder Legislativo en América Latina. Zaragoza: Fundación Manuel Giménez, 537-561.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos – CIDH (2015). Informe sobre el 154 Período de Sesiones de la CIDH <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/docs/Informe-154.pdf>

Comisión Nacional de Seguimiento Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía – CNSmujeres (2009), *Agenda 2009*. Montevideo: CNS-UNFPA-UNIFEM.

Comité Latinoamericano por la Defensa de los Derechos de las Mujeres (2013). *Día por la despenalización del aborto en américa latina*.

Conferencia Episcopal Uruguay (2012). *Defendiendo la vida ganamos todos. Declaración de los obispos del Uruguay ante la aprobación del aborto en nuestro país*.

Cóppola, F. (2013). Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. *Rev. Méd. Urug.* 29(1), 43-46.

Cotidiano Mujer, Red Uruguay de Autonomías (Ruda), Instituto Mujer y Sociedad (ImS), Comité Latinoamericano por los Derechos de la Mujer (Cladem) (S/F). *Definiciones oficiales de partidos sobre tema aborto*. Recuperado de: <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/joomdocs/argumentos.pdf>

Cotidiano Mujer. (1989). Yo aborto, tú abortas, todos callamos. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Courtoisie, A. (2012). Aborto en el Uruguay: el modelo de consulta con plazo de reflexión. *Relaciones* 342, 8-10

De Armas, G. (2008). Weakening of the demographic effect and consolidation of a new party system: evidence for the 2009 uruguayan elections. *Rev. Urug. Cienc. Polít.* 4. Recuperado de: [http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0797-97892008000100004&lng=en&nrm=iso](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0797-97892008000100004&lng=en&nrm=iso)

De Armas, Gustavo. (2010). Debilitamiento Del Efecto Demográfico Y Consolidación De Un Nuevo Sistema De Partidos: Evidencia De Las Elecciones 2009 En Uruguay. *Revista Uruguaya de Ciencia Política - Vol. 18 N°1*. Pp. 41-63.

Dictamen de la Comisión Especial con la Finalidad de Tratar los Proyectos Vinculados a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Carpeta N° 1354, sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Septiembre de 2012.

Dos Santos, G. (1989). Para abortar la hipocresía. En Cotidiano Mujer Yo aborto, tú abortas, todos callamos. Montevideo: Cotidiano Mujer.

El País (2014). *Aborto: TCA suspende 11 artículos de la ley por su "daño" a médicos*, 15 de octubre 2014. En: <http://www.elpais.com.uy/informacion/aborto-tca-suspende-articulos-ley.html>

El País (2016). *Una muerte reaviva la polémica por aborto*, 24 de febrero de 2016. En: <http://www.elpais.com.uy/informacion/muerte-reaviva-polemica-aborto.html>

Garcé, Adolfo; Yaffé, Jaime (2006). La izquierda uruguaya (1971-2004): ideología, estrategia y programa América Latina Hoy, vol. 44, diciembre, pp. 87-114

Garrido, L. (1989). Yo aborto, tú abortas, él prohíbe. El tema en los partidos políticos. En Cotidiano Mujer *Yo aborto, tú abortas, todos callamos*. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Giunta, L. (S/F). *Críticas a la reglamentación de ley de aborto voluntario en Uruguay*. Recuperado de: <http://www.aul.org/wp-content/uploads/2013/09/2nd-monthly-report-uruguay-spanish.pdf>

González, L. (1996). Continuidad y cambio en el sistema de partidos uruguayo. En Mainwaring, S. y Scully, T., La construcción de instituciones democráticas: sistemas de partidos en América Latina (pp. 113-130). Santiago de Chile: CIEPLAN.

Gorgoroso, Mónica et al. (2010), Ser parte de la solución... La experiencia de Iniciativas Sanitarias, Montevideo: Iniciativas Sanitarias.

Grabino, V. (2014). *De fertilidades y esterilidades: debates en torno a varones, decisiones reproductivas y anticoncepción en el Uruguay contemporáneo (2006-2013)*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional de General Sarmiento e Instituto De Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.

Grela, C. (2010). *Avances en la aplicación de leyes parciales en salud sexual y reproductiva en Uruguay*. Ponencia presentada en el Seminario Internacional "El derecho al aborto, una deuda de la democracia", 30 de septiembre, Buenos Aires. Recuperado de: [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)

<http://factum.edu.uy/node/985>

<http://iglesiaticatolica.org.uy/noticeu/declaracion-de-los-obispos-del-uruguay-ante-la-aprobacion-del-aborto-en-nuestro-pais/>

Johnson, N. (2000). "The right to have rights": Gender politics, citizenship and the State in Uruguay, 1985-1996. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Londres, Londres.

Johnson, N. (2009). El déficit de género en la democracia uruguaya. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano* 60. Recuperado de: <http://www.revistahumanum.org/revista/wp-content/uploads/2012/03/temas169.pdf>

Johnson, N. (2011). El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político parlamentario. Johnson, N., López Gómez, Al, Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*. Montevideo: Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic).

Johnson, N., López Gómez, Al, Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (2011). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*. Montevideo: Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic).

Johnson, N., Rocha, C., y Schenck, M. (2015). *La inserción del aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013. Un análisis desde el Movimiento Feminista*. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Lanzaro, J. (2008). "Uruguay: un gobierno social democrático en América Latina". *Quórum. Revista De Pensamiento Iberoamericano* 22, 83-88.

Lanzaro, Jorge: La izquierda uruguaya entre la oposición y el gobierno, FESUR-Fin de Siglo, Montevideo.,2004.

Ley Nacional 18.987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sancionada el 17 De octubre de 2012.

Lissidini, A. (2002). Uruguay y la centralidad de la política. En Cavarozzi, M. y Abal Medina, J. (eds.) *El asedio a la política. Los partidos latinoamericanos en la era liberal*. Rosario: Homosapiens.

López Gómez, A. y Abracinskas, L. (2009). *El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. Montevideo: Cuadernos de UNFPA.

Lopez Gómez, A. y Carril, E. (2010). Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En Castro, R. y Lopez

Gomez, A. (eds.) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Imprenta M&S Ind. Gráfica.

López Gómez, A. (2015). *Profesionales de la salud y derechos reproductivos: Transiciones y disputas en la atención a mujeres en situación de aborto en Uruguay (2000-2012)*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Lozano, F., Fernández, S. y Rodríguez Almada, H. (2007). Muerte materna por aborto inseguro como falla del primer nivel de atención. *Rev. Méd. Urug.* 23(4), 389-390.

Luna, J. P. (2004). De familias y parentescos políticos: ideología y competencia electoral en el Uruguay contemporáneo. En Lanzaro, J. (coord.) *La izquierda uruguaya entre la oposición y el gobierno*. Montevideo: Fin de Siglo.

Maga, E. y Moraes, J. (2008). Coalición y resultados: aprobación y duración del trámite parlamentario en Uruguay (1985-2000). *Rev. Urug. Cienc. Polít.* 17(1), 39-70.

Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2015). Políticas de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población 2010-2015.

Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2013). *Balance implementación de ley 18.987 –interrupción voluntaria del embarazo decreto 375/012 reglamentación de la ley de IVE*. Recuperado de: [http://www.medicosdelmundo.org.uy/img/pdf/conferencia\\_prensa\\_ive\\_julio\\_2013.pdf](http://www.medicosdelmundo.org.uy/img/pdf/conferencia_prensa_ive_julio_2013.pdf)

Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2016). Uruguay. Interrupción voluntaria de embarazo, 28 de marzo de 2016. En: <http://www.elpais.com.uy/informacion/crece-cantidad-aborto-realizan-uruguay.html>

Moreira, Constanza (2000): “Las paradojales elecciones del fin de siglo uruguayo: comportamiento electoral y cultura política”, en Elecciones 1999/2000, Instituto de Ciencia Política, EBO, Montevideo.

Moreira, Constanza (2004). Final del Juego. Del bipartidismo tradicional al triunfo de la izquierda en Uruguay. Montevideo: Ediciones Trilce.

Moreira, C. (2007). Contexto político y social del Uruguay de la crisis (2000- 2004). En Abracinskas, L. y López Gómez, A. (coords.) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: Mysu.

Mujer y Salud en Uruguay-MYSU (2007): Aborto en Uruguay. Las mujeres deciden, la sociedad respeta, y el estado garantiza. *Época* 1 (5). Recuperado de: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/563/aborto%20en%20uruguay%20-%202007.pdf?sequence=1>

Mujer y Salud en Uruguay - MYSU (2014): “Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado”. Informe 2010-2014 del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva, Montevideo: MYSU.

MYSU (2015), Posicionamiento de las organizaciones sociales frente al fallo del TCA, <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-noticia/comunicado-ante-el-fallo-tca/>

Napiloti, R. (2011). La contradicción como alternativa: el aborto como objeto de intervención del Estado. (Monografía inédita de licenciatura). Universidad de la República, Montevideo.

Pérez, V. (2015). Decriminalization of abortion in Uruguay: the successful end of a long road.

Portelli H. (2007) *Gramsci y el bloque histórico*, México: Siglo XXI.

Pousadela, I. (2016) Social Mobilization and Political Representation: The Women’s Movement’s Struggle for Legal Abortion in Uruguay. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*; 27(1): 125-145. At: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11266-015-9558-2>.

Programa de Estudios Parlamentarios de la UDELAR (2016), “Las mujeres en el Parlamento 2015”, Accesible en: <https://parlamentosite.wordpress.com/las-mujeres-en-el-parlamento-2015/>

Real de Azúa, C. (1984). Uruguay, *¿una sociedad amortiguadora?*, CIESU-Banda Oriental, Montevideo. Orig. 1973.

Redes y Organizaciones de la Sociedad Civil sobre el Acceso Igualitario al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (2013). *Documento de posición*. Recuperado de: <http://articulacionfeministachile.blogspot.com.ar/2013/08/documento-de-posicion-de-redes-y.html>

Reunión de Consulta Regional de las OSC en América Latina y el Caribe Hispano sobre CIPD+20. (2012). *Compromiso De Montevideo*. Recuperado de: <http://feim.org.ar/pdf/compromisomontevideo.pdf>

Rodríguez, A., Rodríguez, F. y Berro Rovira, G. (2009). Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay (2009). *Rev. Méd. Urug.* 25(4), 230-238.

Rostagnol, S. (2005). Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino. *Otras Miradas* 5(2), 0.

Rostagnol, S. (2008). El conflicto mujer-embrión en debate parlamentario sobre el aborto. *Revista Estudios Feministas* 16(2), 667-674.

Rostagnol, S. (2014). ¿Tolerancia? Debates sobre la legalización del aborto. En Gioscia, L. (coord.) *¿Más allá de la tolerancia? Ciudadanía y diversidad en el Uruguay contemporáneo*. Montevideo: Trilce.

Rostagnol, S., Baltar Da Rocha, M. y Gutiérrez, M. (2008). *Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina*. Ponencia Presentada en el III Congreso da Asociación Latino-Americana de Población, 24 al 26 de septiembre, Córdoba.

Rostagnol, S., Grabino, V. Mesa, S. y Viera Cherro, M. (2011). *Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del ameu al misoprostol*. Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales De Debate Interdisciplinario En Salud Y Población, 10 al 12 de agosto, Buenos Aires.

Rostagnol, S.: As vicissitudes da Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez no Uruguai. Estratégias conservadoras para evitar o exercício do direito de decidir das mulheres.

Rostagnol, S. (2014). Te doy, pero no tanto. Te saco, pero algo te dejo. La historia del aborto en Uruguay p.425-438. En Luzinete Simões minela Gláucia de Oliveira Assis Susana Bornéo Funck (coord.). Políticas e fronteiras. Desafios feministas. Vol.2. Tubarao-SC: Copiart.

Sanseviero, R. (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Universidad para la Paz.

Sanseviero, R. (2004). *Aborto en Uruguay: Entre la complacencia y el malestar*. Artículo inédito.



Sanseviero, R. (2007). *El blog "yo aborté" en Uruguay*. Documento de Análisis de Prácticas Feministas. [http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/asamblea07/blog\\_aborto.pdf](http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/asamblea07/blog_aborto.pdf)

Sapriza, G. (1996). "Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del Novecientos". En: Barrán, José P.; Caetano Gerardo; Porzecanski, Teresa (dir.). *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870- 1920. Tomo 2*. Santillana, Montevideo, pp. 116-145.

Sapriza, G. (1997). "Entre o desejo e a norma: a despenalização do aborto no Uruguay, 1934-1938". En: Albertina de Olivera Cosa (org.), *Directos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Fundação Carlos Chagas/ Editora 34, Brasil.

Sapriza, G. (2002). "La despenalización del aborto a la luz de la eugenesia. Uruguay (1934-1938)", *Revista Fragmentos de Cultura*, v 12, (6): 1121-1139.

Schenck, M. (2013). *El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo*. Montevideo: MIDES.

Schenck, N., López Gómez, A., Stapff, C. et al. (2013). Los derechos de las mujeres en América Latina frente al aborto inseguro e ilegal. *Revista Pueblos* 55, 14-17.

Selios, L. (2007). Opinión pública, democracia representativa y aborto. Abracinskas, L. Y López Gómez, A. (coords.) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: Mysu.

Sempol, D. (2013). De los balos a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013). Editorial Debate, Montevideo 2013.

UM-CIEA, (2013). "Informe UM/CIEA Aplicada de la Facultad de Ciencias Empresariales y Economía de la Universidad de Montevideo. <http://fcee.um.edu.uy/investigacion/economia-aplicada/>

Vairo, Daniela. 2008. "Juntos pero no casados": los efectos de la reforma constitucional al interior de los partidos". *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, v. 17, n. 1, p. 159-181.

Valenzuela Gutiérrez, P. (2012). Estabilidad presidencial y democracia en Uruguay. Una mirada a tres momentos. *Revista Divergencia* 1(1), 55-72.

Valenzuela, Pablo. (2012): Estabilidad Presidencial Y Democracia En Uruguay: Una Mirada A Tres Momentos. *Revista Divergencia* 1(1): 55-72.

Van Rompaey, L. et al. (2012). Veto al aborto. *Estudios interdisciplinarios sobre las 15 tesis del Presidente Tabaré Vázquez*. Montevideo: Universidad De Montevideo.

Veto del Presidente De Uruguay, Tabaré Vázquez, a la ley de Despenalización del Aborto. Sancionado el 14 de noviembre de 2008.

## Guía de pautas para las entrevistas

1. ¿Cómo podría describir los hitos más importantes del proceso que llevó a la ley de aborto en Uruguay? ¿Cuáles son, según su perspectiva, los momentos más significativos, en especial en el periodo 2002-2004 y 2008-2012? ¿Por qué?
2. ¿Cuál ha sido su papel en dicho proceso? ¿En qué momento, cómo fue su involucramiento, por qué consideró involucrarse en el tema del aborto?
3. ¿Cuál fue (si lo hubo) el "factor decisivo", el "pase de gol" que hizo que la ley se aprobara?
4. ¿Qué hitos en la historia reciente de Uruguay o la región a su criterio determinaron este proceso, y su desenlace?
5. En el proceso reciente de la reforma (2008-2012) ¿cuáles han sido los factores, fuerzas y procesos facilitadores?
6. ¿Qué actores intervinieron en el proceso? Ya sea como protagonistas hacia la legalización o como obstáculos: Movimientos, sector Salud, Parlamento, jueces, líderes, opinión pública. En particular el rol de los partidos políticos y del Frente Amplio
7. ¿Hay algunas cuestiones específicas o idiosincráticas del Estado uruguayo (la cultura, las tradiciones, la religión) que haya que resaltar para entender el proceso?
8. ¿Cómo evalúa la ley que se aprobó? ¿Cuáles son sus aspectos más positivos y cuáles son sus límites?
9. Con el cambio político de la Presidencia de la República, ¿cuáles son las perspectivas para implementación de la ley, de ampliación de acceso y mejoría de la calidad de atención?
10. ¿Hay algo más que desearía comentar o compartir?

## Listado de personas entrevistadas

1. Alejandra Filis	Federación Uruguaya de la Salud (FUS) PIT-CNT
2. Alejandra López	Universidad de la República - MYSU
3. Ana Monza	Psicóloga. Red de Atención Primaria (RAP) - Montevideo
4. Camila Csery	Mujeres en el Horno - FEUU
5. Collette Richard	Unión Trans del Uruguay (UTRU)
6. Constanza Moreira	Senadora - Frente Amplio
7. Diego Sempol	Ovejas Negras - Universidad de la República
8. Eduardo Botinelli	FACTUM
9. Elbio Laxalte	Asociación de Librepensamiento
10. Gabriela Piriz	Médica Ginecóloga. Red de Atención Primaria (RAP) - Montevideo
11. Javier Acosta	FUS - PIT-CNT
12. Juan Castillo	Ministerio de Trabajo - Dirigente PIT-CNT Partido Comunista
13. Leonel Briozzo	Iniciativas Sanitarias - Hospital Pereira Rossell - Universidad de la República Ex Ministerio de Salud
14. Lilian Abracinskas	Mujer y Salud en Uruguay - MYSU
15. Lucy Garrido	Cotidiano Mujer
16. Martín Couto	Diputado IR - Dirigente estudiantil FEUU Ex colaborador de MYSU
17. Miguel Fernández Galeano	Organización Panamericana de la Salud Ex Ministerio de Salud
18. Mónica Xavier	Senadora - Frente Amplio
19. Natalia Figueroa	Mujeres en el Horno Estudiante de Trabajo Social
20. Pablo Abdala	Diputado - Partido Nacional
21. Rafael Sanseviero	Fundación Friedrich Ebert Ex diputado Frente Amplio
22. Soledad González	Cotidiano Mujer - Militante de derechos humanos
23. Susana Mallo	Universidad de la República Ex Decana de la Facultad de Ciencias Sociales
24. Susana Rostagnol	Antropóloga - Universidad de la República
25. Tamara Gascón	FUS-PIT-CNT
26. Valeria Grabino	Investigadora - Universidad de la República
27. Yanina Azzolina	Mujeres en el Horno - Ovejas Negras

## ANEXOS

### Datos sociodemográficos y sanitarios

En 2014, Uruguay cuenta con una población total es de 3.419.000 habitantes, de los cuales 92,8 por ciento es población urbana, concentrada en el área metropolitana de Montevideo. La superficie del país es de 176.200 kilómetros cuadrados.

En términos relativos regionales (según los indicadores que reúne la OPS), Uruguay presenta buenos indicadores. La tasa del alfabetismo alcanza el 98,4 por ciento de la población de 15 años y más (en América Latina: 92,7%) y casi 100 por ciento de cobertura de acceso a agua potable. El ingreso nacional bruto (per cápita, en 2013) es de 15.180 dólares (en América Latina es de 9438 dólares) y el crecimiento medio anual (2012-13) es de 4,4 por ciento (en América Latina: 2,9%).

Uruguay ha completado hace décadas su transición demográfica, es decir cuenta con bajas tasas de natalidad y mortalidad. La esperanza de vida al nacer es de 77,2 años (en la región: 75,2), siendo para las mujeres de 80,7 años. La mortalidad infantil es de 8,8 por 1000 nacidos vivos (en América Latina es de 15,7; Argentina 11,1; y Brasil 14,6).

La tasa global de fecundidad de 2,0 niños/mujer. El promedio de nacimientos anuales en la última década es de 50 mil nacidos vivos. El uso de anticonceptivos tiene una cobertura del 77 por ciento. El Ministerio de Salud (2015) resalta que la mortalidad materna es de 14 muertes de mujeres por 100.000 nacidos vivos (año 2014), ubicándose en segundo lugar más bajo en las Américas, sólo por debajo de Canadá (para 2013, en América Latina es de 62,8; en Argentina es de 34,9; en Brasil de 61,6).

Fuente: OPS

## Presidentes de Uruguay desde la transición democrática

Período de gobierno	Presidente	Partido	Comentarios
Marzo de 1985 a febrero de 1990	<b>Julio María Sanguinetti</b>	Colorado	Favorable a la despenalización
Marzo de 1990 a febrero de 1995	<b>Luis Alberto Lacalle</b>	Blanco	Contrario a la despenalización
Marzo de 1995 a febrero del 2000	<b>Julio María Sanguinetti</b>	Colorado	Favorable a la despenalización
Marzo de 2000 a febrero de 2005	<b>Jorge Batlle</b>	Colorado	Realiza acuerdo con la Unión Cívica para la segunda vuelta electoral en 1999 donde impedir la despenalización del aborto fue la moneda de negociación.
Marzo de 2005 a febrero de 2010	<b>Tabaré Vázquez</b>	Frente Amplio	Contrario a la despenalización. Vetó ley.
Marzo de 2010 a febrero de 2015	<b>José Mujica</b>	Frente Amplio	Favorable a la despenalización. No vetó ley ni votó en plebiscito.
Marzo de 2015 - en ejercicio	<b>Tabaré Vázquez</b>	Frente Amplio	Contrario a la despenalización. Adhirió a la consulta para derogar la ley pero luego del resultado, manifestó que no modificaría la ley.

## Partidos políticos

Históricamente el sistema de partidos uruguayo fue bipartidista (Partido Nacional o Blanco, y Partido Colorado), hasta que en los años 1970 aparece una alianza de izquierda (Frente Amplio, integrado por partidos como el Socialista, el Comunista, otras variantes de izquierda nacional y también demócrata cristiana).

En 1973 se produce un golpe de Estado. Uruguay recupera la democracia en 1985. Desde entonces, los presidentes han sido Julio M. Sanguinetti (Colorado, 1985-90), Luis A. Lacalle (Nacional, 1990-95), Sanguinetti nuevamente (1995-2000), Jorge Batlle (Colorado, 2000-05), Tabaré Vázquez (Frente Amplio, 2005-10), José Mujica (Frente Amplio, 2010-15) y nuevamente Vázquez (desde marzo de 2015, en curso).

El sistema electoral vigente hasta 1996 permitía cierta dispersión del poder: cada partido reunía múltiples facciones y liderazgos representados en “lemas y sub-lemas”. Esta arquitectura favorecía que blancos y colorados albergasen partidarios con ideologías e idiosincrasias diversas.

Cuando en los años 1990 van creciendo los votos del Frente Amplio, una reforma constitucional cambia el sistema electoral: si no hay mayoría absoluta se debe hacer un ballottage, y los partidos deben resolver su interna (particularmente, su candidatura presidencial) previamente a la votación general y por elecciones. Como resultado, se consolidan los poderes “desde arriba”, los liderazgos personalistas tanto de los partidos como del gobierno. La apuesta por el ballottage permitió que en 1999 blancos y colorados se unieran detrás de la candidatura de Batlle para evitar que el Frente ganara las elecciones. Pero en 2004, como corolario de décadas de acumulación de fuerzas de izquierda sostenidas desde el movimiento sindical y otros movimientos sociales, por primera vez un presidente del Frente Amplio, Tabaré Vázquez, es elegido en Uruguay.

Desde entonces, el Frente Amplio ha ocupado la Presidencia del país y ha tenido mayoría parlamentaria. La mayoría de sus dirigentes, con excepción de Vázquez, ha apoyado la liberalización del aborto; en el partido Colorado, parte de su dirigencia (incluyendo al ex Presidente Sanguinetti y al diputado Fernando Amado) sostiene posiciones liberales, al tiempo que el partido Nacional presenta posiciones hegemónicamente más conservadoras. Todos estos partidos políticos uruguayos se reivindican como partidos laicos.

## Estado, política y cambio legal del aborto

El 1ro de marzo de 2015, el presidente José Mujica terminó su mandato de cinco años. Para sorpresa quizá de muchas y muchos uruguayos, el Pepe Mujica se convirtió en una figura conocida y querida en el resto de América Latina, y gran parte del mundo. Esto se explica, además de por su imagen campechana y su probada austeridad, por su lenguaje más bien directo y poco diplomático, por algunas leyes consideradas de avanzada que trascendieron las fronteras de su país: el matrimonio entre personas del mismo sexo, la regulación estatal del mercado de marihuana, y la legalización del aborto.

*Lo que en general une las agendas y la integra en un proyecto político global son los partidos. Sin embargo, en el caso de los movimientos sociales, hay una cosa que se generó que se llama “Puño único”, que después se le llamó “Puño único contra el Uruguay conservador”, entonces uno va a las marchas de la diversidad, escucha la proclama y se hablaba de despenalización del aborto, de regularización de la marihuana, el combate a la discriminación por raza, etnia y todo un montón de cosas. Entonces los movimientos se han apoyado solidariamente, de hecho una cuestión explícita fue esperar para presentar el proyecto de matrimonio igualitario hasta que la despenalización del aborto fuera aprobada. Otra diferencia, me parece, es que notoriamente la despenalización del aborto costó mucho más. Yo creo que, y no se trata de jerarquizar las causas porque en la vida de la gente tienen mucha importancia todas, sin embargo el aborto toca de las fibras más sensibles de la sociedad que es la maternidad, que es a su vez en donde se asienta la familia, donde se asienta el régimen patriarcal, donde se asienta hasta un montón de cosas del sistema productivo, entonces por eso las otras me parece que salieron más fácil, porque la del aborto era una cosa que tocaba de verdad los cimientos de la sociedad uruguaya. (Martín Couto)*

Mujica pertenece al Frente Amplio, alianza partidaria de izquierda única en el continente. Al Frente pertenece también Tabaré Vázquez, presidente de Uruguay que precedió (2005-2010) y sucedió (2015-en ejercicio) a Mujica. En el primer gobierno de Vázquez, hostil a la despenalización, se aprobó un proyecto que legalizaba el aborto y que Vázquez vetó. En el gobierno de Mujica, se aprueba un proyecto que legaliza en ciertas condiciones el aborto: no fue iniciativa del Poder Ejecutivo, pero sí contó con la bandera libre del Presidente. Un pre-referéndum (votación que requiere un piso mínimo, para dar lugar a un referéndum vinculante) que pretendía iniciar un proceso plebiscitario de anulación de la ley fue propuesto desde la oposición y apoyado por Vázquez. El pre-referéndum fue un fracaso. En marzo de 2015, Vázquez reasume la presidencia de Uruguay, con públicas declaraciones respecto de que no va a ir para atrás con la ley que regula el aborto.

Vázquez, hostil al aborto legal, y Mujica, en cuya presidencia se aprobó la ley, llegaron a ser mandatarios, ambos como líderes del Frente Amplio. Para entender mejor cómo fue el proceso político, y partidario, que llevó al cambio legal sobre aborto, es útil pues detenerse en las características del sistema político y de partidos, y del Frente Amplio en particular, lo que haremos en los párrafos que siguen.

## Sistema político uruguayo: historia y actualidad

Uruguay salió de la dictadura en 1985. Desde entonces, los presidentes han sido: Julio María Sanguinetti (Colorado, 1985-1990), Luis Alberto Lacalle (Nacional, 1990-1995), Sanguinetti nuevamente (1995-2000), Jorge Batlle (Colorado, 2000-2005), Tabaré Vázquez (Frente Amplio, 2005-2010), José Mujica (Frente Amplio, 2010-2015) y nuevamente Vázquez (desde marzo de 2015, en curso).

El partido Colorado (liberal), el partido Nacional o Blanco (centro-derecha) y la alianza partidaria Frente Amplio (centro izquierda a izquierda) conforman un sistema de partidos bastante estable para el contexto latinoamericano. Como se ve, se han alternado desde la transición democrática, con una hegemonía creciente del Frente desde el año 2005, en el que ha ganado las sucesivas elecciones presidenciales.

## Régimen presidencial

Uruguay posee un sistema presidencial. El Poder Ejecutivo está en manos de un presidente (hasta ahora han sido todos varones) elegido junto al vice-presidente, por voto directo, para un período de cinco años. Desde la reforma de 1996 se incluye la segunda vuelta, en caso de que no hubiera mayoría absoluta de un partido en la primera vuelta.

El Poder Legislativo recae en manos de un parlamento bicameral, formado por una Cámara de Diputados (distritales) y un Senado (distrito único), elegido en forma simultánea a las elecciones presidenciales.

Para tener éxito, un proyecto de ley necesita la aprobación de ambas cámaras y la promulgación del Poder Ejecutivo constituido por el presidente y el gabinete ministerial. El Poder Ejecutivo puede vetar total o parcialmente una ley aprobada por el parlamento. Un veto del Ejecutivo de tipo correctivo puede ser levantado por el voto de tres quintos de las cámaras actuando en forma conjunta (Asamblea General), la cual debe ser convocada especialmente para la ocasión (Alemán y Schwartz, 2006).

El presidente tiene algunos poderes para influir en la agenda legislativa pero no goza del poder de decreto unilateral; el presidente también cuenta con poderes no-legislativos como el nombramiento y destitución de los ministros del gabinete según su voluntad (Carey, Amorim Neto y Shugart, 1997).

El sistema político uruguayo ha mostrado una fluida relación entre los poderes de gobierno en los últimos veinte años. Los ejecutivos de turno han logrado tramitar su agenda legislativa en forma eficiente gracias a la construcción de partidos o coaliciones en las Cámaras. Chasquetti (2011: 651-654) muestra que el éxito del Ejecutivo está asociado con el tamaño de su coalición parlamentaria, el nivel de aprobación pública de su gestión, la cercanía temporal de la siguiente elección y el nivel de control de las presidencias de comisión.

En comparación con otros países latinoamericanos, en Uruguay no parece haber una tradición de “litigio estratégico”, de estrategias de cambio legal a partir de la judicialización de una demanda individual o grupal. En este sentido, desde el movimiento feminista no se han planteado iniciativas para impugnar total o parcialmente el contenido o aplicación de determinadas leyes, sino que, en relación con las normativas del Estado, las estrategias de los movimientos sociales se concentran en las reformas legales a través de las Cámaras parlamentarias.

Los partidos uruguayos se encuentran entre los más antiguos del mundo (Valenzuela, 2012). El Partido Nacional o Blanco se fundó en 1836, al igual que el Partido Colorado. Este último se transformó en un partido predominante desde 1865 a 1959. El Partido Colorado, más de tipo liberal, recoge los intereses de los centros urbanos, particularmente Montevideo, y refleja a grupos sociales emergentes que han crecido de la mano de la inmigración europea a partir de la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX, mientras que el Partido Nacional refleja los intereses del interior rural, de los pueblos y de los terratenientes del país. Recién en 1959, el Partido Nacional alcanzó la presidencia de la República.

El Partido Colorado, que gobernó por más de siglo y medio, fue el constructor del estado uruguayo moderno y laico; el Partido Nacional tuvo el gobierno esporádicamente, pero hoy domina la mayoría de los gobiernos departamentales del interior del país más conservador. Desde la recuperación democrática, el Frente Amplio lleva más de un cuarto de siglo gobernando Montevideo (y por lo tanto la mitad de la población) y los departamentos más progresistas del interior del país, y lleva casi diez años gobernando la nación.

La estabilidad democrática del Uruguay es tributaria de la ley electoral de 1918 que consagra el sistema bipartidista y crea las reglas electorales vigentes hasta la reforma de 1996. Una compleja estructura institucional permitió la convivencia de varias tendencias al interior de los dos partidos tradicionales –sin

quebrar el bipartidismo– generando agrupamientos que ayudaban a mantener la diversidad en un contexto propicio para la gobernabilidad.

En un contexto nacional y regional de amplia movilización y radicalización política, en 1971 se crea el Frente Amplio como un conglomerado de partidos y grupos de izquierda. Sin embargo, a dos años de la fundación del Frente, la democracia uruguaya colapsa, los partidos políticos son proscritos y algunos líderes son perseguidos por la dictadura. Como señala Valenzuela (2012), desde su origen el Frente Amplio comenzó a fisurar el sistema de partidos bipartidista imperante, pero demoraría cerca de 25 años en romperlo.

Con la restauración democrática en Uruguay en 1985 comienza a tomar fuerza una nueva configuración del sistema político en el país. El crecimiento electoral del Frente Amplio en los 90 redundó en la reducción del espacio de los partidos tradicionales y se genera el mismo fenómeno que se da en otros países cuando emerge un tercer partido a la izquierda: empieza a presionar al partido más cercano para moverse hacia el centro, que fue lo que ocurrió con el Partido Nacional, hoy la segunda fuerza electoral del país.

¿Qué explica el ascenso del Frente Amplio? La ciencia política ha analizado el crecimiento electoral de la Izquierda en Uruguay haciendo foco en las diversas mutaciones que ha experimentado la oferta electoral: el largo proceso de “nacionalización” de la Izquierda (Lanzaro, 2004), el advenimiento de una “era progresista” producto de su moderación ideológica y programática (Garcé y Yaffé, 2006), el corrimiento al centro del Frente Amplio (Buquet y De Armas, 2004), el desplazamiento a la Izquierda de los votantes (Moreira, 2004) y los cambios demográficos de la sociedad uruguaya (De Armas, 2010).

### **Dinámicas partidarias e inter-partidarias, y la Constitución reformada en 1996**

Si la Constitución de 1918 nace fruto del acuerdo de los dos partidos tradicionales, los mecanismos presentes en ella (doble voto simultáneo, lemas y sublemas que habilitan la coexistencia de múltiples sectores, liderazgos y tendencias al interior de un mismo partido, elecciones sincrónicas y proporcionalidad) eran útiles a los intereses de los partidos existentes en ese momento y funcionales en la medida que el bipartidismo se mantuviera. Paradójicamente, también favorecieron inicialmente la alianza heterogénea que dio origen al Frente, que pudo cobijar gran cantidad de sectores representados por los diversos lemas y sublemas.

El sistema de partidos uruguayo, pese a contar con un alto grado de institucionalización y estabilidad en relación con sus vecinos latinoamericanos, ha

sufrido un cambio significativo en los últimos cuarenta años. Históricamente, Uruguay contaba con un sistema bipartidista, cuyos dos principales partidos, el Nacional y el Colorado, alcanzaban más del 90% de los votos (González 1996). Desde comienzos de los setenta, el Frente Amplio fue aumentando gradualmente su tamaño en votos y bancas, dejando al ganador de la elección sin mayoría en el Parlamento.

En la actualidad, el sistema de partidos uruguayo se caracteriza por la presencia de cuatro partidos con representación parlamentaria: los dos partidos tradicionales (Nacional y Colorado), el hoy mayoritario Frente Amplio, y un partido pequeño con escasa representación parlamentaria, el Partido Independiente, una escisión del Frente Amplio que será clave en la negociación para la ley relativa al aborto.

En las internas partidarias pueden señalarse diferentes facciones. Siguiendo a Bidegain (2013), en el caso del Frente Amplio, durante el período en que se aprobó la ley, el sector dominante lo constituye el Movimiento de Participación Popular (entonces encabezado por Mujica), que nuclea alrededor de sí otras fracciones y políticos independientes frenteamplistas dentro del Espacio 609, al que pertenecía también la Senadora Constanza Moreira, una de las impulsoras en 2011 del proyecto de aborto. El segundo sector más importante es el Frente Líber Seregni, que reúne a Asamblea Uruguay, el Nuevo Espacio, Alianza Progresista y Banderas de Liber. En tercer lugar, el Partido Socialista, al que pertenecía Tabaré Vázquez y pertenece la senadora Mónica Xavier (quien presentó en 2011 el proyecto de aborto aprobado el año siguiente y fue presidenta del Frente Amplio entre 2012 y 2015), se mantiene como una fracción de peso, pero por fuera de estos dos sectores dominantes.

En la mitad de los noventa, con el crecimiento electoral del Frente, a un paso de hacerse de la Presidencia de la República, cambia el escenario y, por tanto, también había que cambiar las reglas. En 1996 se reforma la Constitución y se modifican las reglas que habían regido la contienda política bipartidaria desde 1918, y que Blancos y Colorados habían utilizado para compartir el poder político. Se pasó de una sola elección a tres (o cuatro) elecciones tanto a nivel nacional y sub-nacional, como entre los diferentes niveles al interior de los partidos –entre lemas y sub-lemas. El presidente de la República pasó a ser elegido por mayoría absoluta, con segunda vuelta en caso de no alcanzarse mayoría en la primera vuelta, y se eliminó la posibilidad de acumular votos en listas para las elecciones legislativas. La reforma obligó a los partidos a presentar una candidatura única para presidente y vice, terminando con el doble voto simultáneo para la elección presidencial (Buquet y Piñeiro, 2014). Como consecuencia, se introdujo el mecanismo de elecciones primarias abiertas, simultáneas y obligatorias para que los partidos seleccionaran sus candidatos cuatro meses antes de los comicios generales.

La naturaleza mayoritaria de las elecciones primarias generan incentivos para acentuar los liderazgos intra-partidarios y concentrar la disputa interna, así como para que la competencia se concentre entre dos competidores principales.

Constanza Moreira (2004) señala que el cambio en las reglas fue parte de un nuevo acuerdo entre Blancos y Colorados para seguir manteniendo el poder. En la segunda vuelta, suponían, siempre habría un candidato blanco o colorado y un candidato del Frente, por tanto, sumando fuerzas, los dos partidos tradicionales podrían mantenerse en la presidencia. Para la elección de 1999 efectivamente fue así y el candidato del Frente Amplio, Tabaré Vázquez, fue derrotado en ballotage por el colorado Batlle. A partir de entonces, Blancos y Colorados pasaron de tener acercamientos circunstanciales a unirse en alianzas políticas para gobernar excluyendo al Frente Amplio (Vairo, 2008). Se redujo además el número de sub-lemas, pues aquellos que cumplían una función únicamente colectora de votos no tenían razón de ser bajo las nuevas reglas. En suma, las nuevas reglas electorales institucionalizaron un nuevo equilibrio en el sistema político uruguayo, con tres actores partidarios de relevancia (Buquet y Piñeiro, 2014), al tiempo que consolidó la figura del presidente y del principal liderazgo individual en cada partido.

## Cultura política: laicidad de larga duración y “consenso”

La auto-percepción en Uruguay refiere a una tradición laica que se remonta a las reformas políticas de la primera mitad del siglo XX, debido a las características de la población inmigrante, la sociabilidad básicamente urbana, una baja religiosidad, cierto ethos republicano e igualitarista en el que la religión y otros factores diferenciadores no se expresan en la esfera pública. La Constitución establece que los grupos religiosos son libres y que el Estado no sostiene ninguna religión.

La sociedad uruguaya es una de las menos religiosas del continente. El historiador Carlos Real de Azúa (1984: 21), mirando retrospectivamente todo el siglo XX, afirma que el Uruguay es “la estrella más apagada del firmamento católico latinoamericano”. Según los sondeos que se hacen en toda la región, Uruguay es el país con posturas más lejanas de la doctrina moral de la iglesia. Teniendo en cuenta esto es aun más incomprensible la persistencia de la criminalización del aborto. Ya a comienzos del siglo XX, Uruguay adoptó una legislación vanguardista en materia de derechos civiles: bajo el liderazgo de José Batlle y Ordóñez, en 1907 se abolió la pena de muerte, en 1913 se aceptó el divorcio por la voluntad de la mujer, en 1915 se aprobó la jornada laboral de ocho horas y en 1927 el voto femenino (en ocasión de un plebiscito). En 1934 se despenaliza el aborto, siendo uno de los primeros países en el mundo, aunque cuatro años más tarde vuelve a penalizarse por acuerdo político e influencia del único partido confesional: la Unión Cívica. Mucho más cerca en el tiempo, en abril de 2013, Uruguay se convirtió en el segundo país de América Latina, después de Argentina, en aprobar una ley que permite el “matrimonio entre personas del mismo sexo”. La ley, a la que se opuso la iglesia católica, fue aprobada por una gran mayoría en el Parlamento con apoyo de sectores de todos los partidos políticos.

La percepción de sociedad urbana y secular, se presenta como una sociedad pautada por el aprecio a los consensos sociales producido políticamente. Quizás de manera más precisa, la literatura y varias de las personas oídas en el estudio subrayan que la dinámica política se mueve en base a impulsos y frenos, con una lógica más bien centrípeta que centrífuga, poco amiga de los conflictos estridentes. Susana Rostagnol (2014) evoca a Real de Azúa (2000) para señalar que el país es afecto a “amortiguar los conflictos”.

Así no sorprende que, en comparación con otros países latinoamericanos, en Uruguay no parece haber una tradición de litigio estratégico, es decir de estrategias de cambio legal a partir de la judicialización de una demanda individual o grupal. En relación con las normativas del Estado, las estrategias de los movimientos sociales se concentran en luchar por obtener las reformas legales a través de las Cámaras parlamentarias.



2007

[www.hacelosvaler.org](http://www.hacelosvaler.org)



2003



2012



2009



2016



ABORTUS INTERRUPTUS examina el proceso político para la reforma legal del aborto en Uruguay con el propósito de identificar los alcances, tensiones y limitaciones de la ley aprobada en octubre de 2012. La hipótesis de interpretación es que la reforma se inscribe en una tradición tutelar del Estado uruguayo, tutela que no desaparece con la ley pero sí que cambia notablemente su contenido: de una tutela represiva a una tutela sanitaria que reconoce derechos.

El trabajo de campo, realizado en 2015 en Montevideo, se basa en entrevistas individuales y colectivas a informantes clave (legisladores/as, dirigentes de partidos y movimientos sociales, profesionales de la salud, académicas/os, favorables o no a la reforma) y en el análisis de la literatura y documentación disponible (proyectos y textos de leyes, notas periodísticas).

Sistematizar el proceso uruguayo por investigadores de Argentina y Brasil permitió identificar hechos y resultados que, desde los actores nacionales, podrían haber pasado inadvertidos. Los hallazgos fueron discutidos en un grupo de trabajo integrado por representantes de IWHC y de MYSU con vasta trayectoria en el campo de la salud de las mujeres a nivel internacional y regional, lo cual enriqueció el análisis y sus conclusiones.

Sabiendo que los procesos no son exportables, pero tampoco completamente excepcionales, las estrategias, lecciones aprendidas y desafíos a futuro tienen el cometido de nutrir la definición de nuevos horizontes estratégicos en Uruguay pero también ser insumos a compartir con las experiencias en otros países de la región. Estas lecciones aprendidas pueden ser de utilidad en una América Latina que aún es reticente a sacar el aborto de la clandestinidad, liberalizar las restricciones legales e incorporar la interrupción voluntaria del embarazo en la atención de la salud pública.