

# **Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana<sup>1</sup>.**

**Susana Lerner<sup>2</sup>  
Agnès Guillaume<sup>3</sup>**

Palabras-clave: aborto, morbilidad materna, costos y consecuencias sociales y en los sistemas de salud de leyes restrictivas, América Latina.

## **Resumo**

En este texto se abordan algunos de los principales argumentos y evidencias empíricas que ilustran acerca de las adversas consecuencias de la legislación restrictiva en América Latina y El Caribe. Se hace referencia a las implicaciones del aborto para las mujeres, las familias y los sistemas de salud para algunos países de la región. El contenido de la presentación se basa en la investigación documental "El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005" que las autoras de este texto han publicado.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008.

<sup>2</sup> Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, slerner@colmex.mx

<sup>3</sup> Institut de Recherche pour le Développement, agnes.guillaume@ird.fr

# **Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana<sup>4</sup>.**

**Susana Lerner<sup>5</sup>  
Agnès Guillaume<sup>6</sup>**

## **1. Un marco legal restrictivo y en desuso**

El marco jurídico del aborto es una cuestión central en cualquier estudio que se haga sobre el tema, pues es precisamente su situación de ilegalidad lo que a lo largo de la historia ha dado origen a múltiples e intensos debates y controversias nacionales e internacionales y entre diversos actores sociales, como son los grupos religiosos y laicos, los médicos, los juristas, los políticos, los movimientos de mujeres y los representantes de la sociedad en general. El estatuto legal del aborto, junto con las políticas públicas de salud, determinan los tipos y calidad de la oferta de servicios de salud disponibles en determinado país y las condiciones de acceso a los mismos para recurrir al aborto. Asimismo, como se ha señalado, las legislaciones que limitan el aborto “producen una serie de consecuencias que afectan no solamente a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo no deseado, sino que también traen resultados devastadores a nivel social, económico y cultural en los países donde se restringe su acceso” (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). La disponibilidad, calidad y confiabilidad de los datos y estimaciones sobre diversos aspectos del aborto son en gran medida resultado de la legislación restrictiva del mismo.

América Latina y El Caribe se caracterizan por tener un marco legal del aborto muy restrictivo. En 2003 el panorama de las situaciones bajo las cuales se autoriza el aborto entre los 41 países de la región es el siguiente: 8 países sin restricciones (3 de los cuales corresponden a las Antillas Francesas y 2 a departamentos de ultramar de Francia); 9 en caso de violación, 9 por malformación del feto, 2 por razones económicas y sociales, 17 para proteger la salud física o mental de la mujer. El aborto es autorizado para salvar la vida de la mujer en 27 países, de los cuales 10 la consideraban como la única causa y en 6 países era totalmente prohibido. En 2007 Colombia modificó su posición al autorizarlo por causas más amplias, y en el Distrito Federal en México lo despenalizaron hasta las 12 semanas de gestación. En cambio, en Nicaragua se prohibía totalmente en ese año (véase Cuadro 1).

Sin embargo, aunque la ley estipula el derecho de las mujeres a un aborto bajo ciertas circunstancias, o aún en los casos con leyes liberales, en el ejercicio real de este derecho se han documentado múltiples obstáculos y restricciones para el acceso legal al mismo. Por ello, se ha afirmado, con plena legitimidad y fundamento, que este derecho

---

<sup>4</sup> Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008.

<sup>5</sup> Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, slerner@colmex.mx

<sup>6</sup> Institut de Recherche pour le Développement, agnes.guillaume@ird.fr

sigue siendo más teórico que real. Entre estos obstáculos la literatura da cuenta de los siguientes:

- los requerimientos judiciales, burocráticos y administrativos complejos, poco claros, intimidantes, lentos y que llevan a retardar la decisión y por lo tanto a exceder los límites de gestación que autorizan en aborto legal; requerimientos que se exacerbaban en el caso de mujeres más pobres y que residen en lugares rurales más remoto, y en particular para las jóvenes que frecuentemente toman conciencia tardía de su embarazo;
- los requerimientos a los profesionales de la salud para que rompan el secreto profesional y denuncien a las mujeres que recurren al aborto, contraviniendo la ética médica, así como el derecho de las mujeres a la intimidad y privacidad del paciente que atienden. En el caso del aborto, la violación de estos derechos adquiere carices muy serios ya que pone en riesgo la vida e integridad física de la mujer, al no recurrir a servicios de emergencia, en situaciones de un aborto incompleto, debido al temor a ser denunciada, procesada y encarcelada, como se ha evidenciado en países como Chile, Salvador y Uruguay. (AGI, 2007);
- el desconocimiento de la legislación acerca de los causales bajo los cuales se autoriza el aborto legal por parte de amplios sectores de la población, entre los cuales están los profesionales de la salud, situación que se ha constatado en las diversas encuestas de opinión realizadas en diferentes países de la región y que incide en el acceso al mismo<sup>7</sup> (Organización Mundial de la Salud, 1998;);
- los requerimientos de consentimientos por parte de los padres, cónyuges o miembros de la familia de las mujeres, y en particular en las menores de edad. A ello se añade el dictamen de uno o varios médicos para autorizar la realización del aborto y la frecuente estigmatización y maltrato a las mujeres que atienden por casos de aborto o complicaciones del mismo (Erviti, 2005);
- los desencuentros y las ambigüedades en las interpretaciones, basados en creencias y actitudes morales y religiosas, en quienes recae la responsabilidad de la autorización legal (jueces) y en los responsables de la provisión de los servicios de salud (médicos) para la interrupción de los embarazos no deseados en los casos permitidos por la ley. Ejemplo de esto último es la frecuente negación del derecho al aborto ante embarazos por violación o abuso sexual, sobre todo en menores de edad, por parte de las autoridades o la objeción de conciencia por parte de los médicos o directivos de las instancias de salud, debido a la influencia de las fuerzas conservadoras de la Iglesia Católica -como han sido los reducidos casos documentados de Paulina en México, Rosita en Nicaragua, y de una menor de edad en Bolivia, a quien la Corte autorizó se le practicara un aborto pero no hubo médico que aceptara llevarlo a cabo (GIRE, 2000 y 2008; Women's Health Journal, 2003; Rayas y Cattoti, 2004; Michael, 2000). Situación que también se observa ante otras causales legales como es la malformación del feto, y que se ilustra en el caso de una mujer en Perú a quien a pesar de que le diagnosticaron un embarazo

---

<sup>7</sup> Véase el capítulo 2, de la investigación de Guillaume y Lerner (2007), que da cuenta de las opiniones y conocimientos de diferentes grupos de población acerca de marco legal vigente en diversos países de la región.

anancefálico a las 14 semanas del embarazo fue obligada a continuarlo y tener a su hijo que falleció a los cuatro días de nacido (Reproductive Health Matters, 2003).

El hecho de que el aborto no resulte sancionado en proporción a su ocurrencia, ya sea en países en que esta penalizado totalmente o bien en aquellos en que se permite bajo ciertas condiciones, ha llevado a algunos autores a señalar, acertadamente, que se trata de una “Ley en desuso” (Sanseviero, 2003; Casas Becerra, 1997), una ley que se transgrede, así como una situación en la cual el respeto a la ley se cuestiona y por lo tanto, implícitamente, también se cuestiona la autoridad y legalidad del Estado. Adicionalmente, la penalización del aborto viola el ejercicio de los derechos humanos, en particular los derechos reproductivos y sexuales y los derechos a la salud, los derechos a la vida, a la integridad de la mujer, a la no discriminación, a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, reconocidos y suscritos por los gobiernos de los distintos países de la región en los instrumentos y acuerdos internacionales.

Si bien en la legislación del aborto se concretiza la situación histórica de cada país, la legislación heredada por los países colonizados, la ideología dominante en la época en que fue legislado, han sido y son las fuerzas sociales, en particular, la Iglesia Católica Hegemónica y los grupos conservadores y de derecha, las que ejercen una fuerte influencia para contrarrestar las iniciativas por parte de la sociedad civil para modificar su estatuto ilegal, ya sea para reducir o eliminar el carácter restrictivo de la legislación, y más aún, para lograr la despenalización del aborto.

## **2. La penalización del aborto no reduce su práctica, pero sí conlleva a graves consecuencias económicas, sociales, de salud y de justicia social para las mujeres.**

En esta sección mostramos algunas de las consecuencias de las restricciones legales o de la penalización del aborto en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres.

### ***Las restricciones legales no reducen la ocurrencia del aborto inducido***

De acuerdo con la OMS, se estima que la incidencia del aborto inducido en el mundo alrededor del 2000 ascendió a 46 millones de embarazos que terminaron siendo interrumpidos, lo que significa que de cada mil mujeres en edad fértil (15-44 años) 35 buscan interrumpir un embarazo cada año<sup>8</sup>. Del total de ellos, 27 millones ocurrieron de manera legal y 19 millones tuvieron lugar fuera del sistema legal y por tanto de alto riesgo. De estos últimos, se estima que cerca de 4 millones de abortos inducidos anualmente corresponden a América Latina y el Caribe, región en la cual se observa las tasas de aborto y razones de aborto más elevadas (la tasa de aborto es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad y las razones de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos). Las variaciones entre las sub-regiones y países muestran que las tasas y razones más altas se

---

<sup>8</sup> La OMS estima que la incidencia del aborto inducido en el mundo descendió entre 1995 y 2003, de 46 millones a cerca de 42 millones, lo que representa uno de cada cinco embarazos que terminaron en aborto o 29 mujeres por cada mil que interrumpen su embarazo. Descenso que obedece sobre todo a la disminución del aborto observado en países de Europa del Este. (AGI, 2007).

encuentran en Sudamérica (34 por mil mujeres y 39 abortos por cada 100 nacidos), seguida de Centroamérica, con una posición intermedia (21 por mil mujeres y 20 abortos por cada 100 nacidos vivos) y con menores niveles el Caribe (12 por mil mujeres y 15 abortos por cada 100 nacidos vivos) (WHO, 2004).

Al interior de la región se observa una fuerte variabilidad en la estimación de los abortos entre los países con legislaciones restrictivas o donde está totalmente penalizado. Chile y Perú y Argentina son algunos los países con los mayores niveles de aborto (tasas de 50 abortos o más por cada mil mujeres), le siguen República Dominicana y Brasil (con tasas de 47 y 41‰) y, con menores niveles, se encuentran Colombia y México (25‰ en ambos países).

De este breve panorama, y confrontando las estimaciones del número de abortos inducidos en países que tienen leyes liberales – como Bélgica, Holanda y Suiza, con menos de 10 abortos por mil mujeres-, con países que tienen legislaciones muy restrictivas -como Chile, Perú y Argentina, se constata que la penalización o las restricciones legales del aborto no conducen a reducir el número de abortos inducidos. Constatación a la cual hay que agregar, que en países donde las leyes son muy liberales, pero el acceso a los servicios de planificación familiar, y en particular a la anticoncepción es muy limitado y adolece de deficiencias importantes, como en Rumania, Vietnam y Cuba, las tasas han llegado a ser muy altas (entre 50 y 80 de cada mil mujeres).

Sin embargo, también es importante destacar que la magnitud del aborto, así como los riesgos y las consecuencias del mismo dependen de otros factores, que están estrechamente asociados con el carácter restrictivo de la legislación. Entre estos cabe mencionar el acceso a servicios de salud seguros y adecuados para todas las mujeres, la atención con personal capacitado, la etapa de gravidez en la cual ellas deciden y se les permite la interrupción de su embarazo, la condición socioeconómica y el estado de salud de las mujeres, el apoyo familiar o de la pareja que reciben y el contexto cultural y social en que ellas residen<sup>9</sup> (World Health Organization, 2004).

### ***La parte visible del iceberg: los elevados niveles de morbimortalidad materna***

La amplia literatura sobre el tema, pone el acento en la fuerte incidencia de morbilidad y mortalidad materna que resultan de las complicaciones de los abortos inducidos, la gran mayoría de las veces practicados en condiciones inseguras y clandestinas, en tanto un problema central de salud pública que se observa en países con legislaciones restrictivas. La comunidad internacional ha reconocido este hecho en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo realizada en el Cairo, al destacar la necesidad de que las mujeres tengan acceso a servicios médicos donde puedan interrumpir su embarazo en las mejores condiciones posibles (Naciones Unidas, 1995). A su vez, los estudios hacen hincapié en las diferencias que se observan entre las mujeres que abortan según su condición social, edad, lugar de residencia, y el acceso a servicios de

---

<sup>9</sup> Como parte de este contexto se alude, por ejemplo, a la ausencia de una cultura preventiva para disminuir las prácticas sexuales de riesgo, la estigmatización moral y social de este hecho, la condiciones de desigualdad social y de género, el respeto y garantía de sus derechos, etcétera.

salud, revelando con ello que se trata, sobre todo, de un problema de injusticia y desigualdad social que denota una fuerte discriminación entre ellas.

Con relación al primer factor, la OMS estima que a nivel mundial entre el 10 y 50% de los abortos inducidos requieren de atención médica debido a las complicaciones de los mismos, las cuales afectan principalmente a las mujeres adolescentes y jóvenes y a las pertenecientes a los grupos sociales más desfavorecidos, ya que las mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos medios o altos, pueden financiar un aborto en condiciones seguras (Langer, 2003). También, dicha fuente, estima que alrededor de cinco millones se encuentran inhabilitadas o con problemas de salud temporal o permanentemente (WHO, 1998).

Para América Latina y El Caribe, el Instituto Alan Guttmacher señala que aproximadamente 800 mil mujeres se hospitalizan cada año por complicaciones de aborto (hemorragia, septicemia, infecciones, perforación del útero), y que cuatro de cada 10 mujeres tiene complicaciones; pero de ellas, sólo dos tercios reciben tratamiento hospitalario. El riesgo de complicación y su gravedad también está estrechamente vinculados con la capacitación de los profesionales de la salud, la infraestructura disponible en los servicios de salud y el tipo de método utilizado. (AGI, 1994 y 1999).

Los resultados de la encuesta realizada por el Instituto Alan Guttmacher en 1992 en seis países latinoamericanos (Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana), indican que 5 de cada 10 mujeres que residen en zonas rurales pobres y que han interrumpido sus embarazos tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones, mientras que la proporción en áreas urbanas pobres es de 4 de cada 10 mujeres (AGI, 1994). En contraste, sólo 1 de cada 10 mujeres de altos ingresos en zonas urbanas tiene complicaciones por un aborto provocado. (AGI, 1994). Asimismo se advierte que en las zonas rurales pobres de la región un promedio de 73% de las mujeres que interrumpen su embarazo, se practican así mismas los abortos o recurren al personal no calificado (Singh, 2006).

Ferrando (2002), en Perú, estima que el riesgo de sufrir de complicaciones de aborto es de 30.5% con importantes diferencias entre los grupos de población: 44% para las mujeres de áreas rurales pobres vs. 27% para las de zonas urbanas pobres y de entre 5% y 24% para las residentes en zonas urbanas y rurales no pobres. Estas diferencias también se observan en la probabilidad de hospitalización por complicaciones de aborto que son más elevadas para las mujeres pobres de zonas rurales (18.5%) que las de zonas urbanas (13.5%). Una constatación similar aparece en Guatemala donde un mayor número de mujeres pobres no recibieron atención médica para tratar sus complicaciones en zonas rurales (39%), a diferencia de las residentes en zonas urbanas (28%) (Prada *et al*, 2005). En Argentina, se muestra que existe una relación directa entre los indicadores sociosanitarios de las provincias más desfavorables y los niveles más altos de egresos por complicaciones de aborto en las mismas (Ramos *et al*, 2007).

Con respecto al segundo factor, la mortalidad materna por aborto, según la OMS, de los 19 millones abortos inseguros que se estima se realizaron en el mundo en el año

2000, cerca de 97% correspondieron a países en vías de desarrollo y cerca de 70 000 mujeres murieron como resultado de complicaciones derivadas de abortos inseguros. Esta cifra representa el 13% del total de muertes maternas y una razón de 50 muertes por aborto por cada 100 000 nacidos vivos (World Health Organization, 2004).

Asimismo, las evidencias que proporciona la OMS muestran claramente la letalidad diferencial debida al aborto inducido entre los diversos países y su estrecha asociación con el marco legal y con las condiciones de acceso a servicios de salud seguros. El riesgo de muerte asociado a un aborto inseguro es al menos 20 veces mayor en países en desarrollo que en los desarrollados, y en algunas regiones puede llegar a ser hasta 40 o 50 veces más alto. La región Latinoamericana y del Caribe, es la que al parecer tiene las más alta proporción en el mundo de muertes maternas derivadas del aborto inseguro (17%) aunque con una menor tasa de mortalidad (30 defunciones por aborto por cada cien mil nacidos vivos) a la que se observa en Asia (40 por cada cien mil NV) y más de tres veces a las de África (100 muertes por cada cien mil NV). Las diferencias al interior de la región muestran que América del Sur es la sub-región con la proporción más alta de defunciones maternas causadas por aborto inseguro (19%), seguida del Caribe (13%) y siendo un poco menor para América Central (11%). (OMS, 2004).

La OPS, para 1996, indica que el aborto es la principal causa de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Perú y Paraguay; la segunda en Costa Rica, y la tercera en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Salvador, Honduras, México, Nicaragua (OPS, 1998). La mortalidad materna debida al aborto varía entre los países de manera importante desde el 8% en México hasta al 33% en Argentina, 37% en Chile y 50% en Trinidad y Tobago. Cifras que hay que considerar con cautela dada la subdeclaración o bien la errónea clasificación y registro de muertes maternas atribuibles al aborto en otras causas, en gran medida debido al temor a la sanción de esta práctica. En Uruguay, durante el decenio 1990-2000 el aborto representó la primera causa de defunción de las mujeres al (27 %), no obstante que en este país se dispone de un sistema sanitario con buena cobertura (Rostagnol, 2007) y es 2.5 más elevada para las mujeres pobres de bajo ingreso (Briozzo et al 2003).

Otros estudios señalan que la mortalidad materna en la región se redujo entre 1990 y 2000 debido a un mayor número de abortos que se realizan en condiciones higiénicas y con técnicas modernas apropiadas. Asimismo, sugieren que la utilización correcta de ciertos medicamentos, como es el Misoprostol cuyo uso se ha incrementado en diferentes países, como es el caso de Brasil, permitió no sólo una disminución de mujeres hospitalizadas por complicaciones graves que resultaban de la frecuente recurrencia al mercado clandestino, o del uso de métodos altamente riesgosos, sino también una reducción en la morbilidad y mortalidad asociada al aborto (Espinoza et al., 2004; Costa y Vessey, 1993; Faúndes 1997 citado por Singh 1006). También se ha argumentado que el número total de muertes maternas en este país ha disminuido, debido a que más mujeres han optado por la esterilización (Rede Feminista de Saúde, 2005). En Uruguay se llega a una conclusión similar, como resultado de la generalización del uso del misoprostol a partir del 2004 (Rostagnol, 2007).

Por otra parte, hallazgos irrefutables de estudios clínicos y epidemiológicos confirman que el aborto legal, la despenalización del mismo bajo ciertas condiciones, o aún el marco legal restringido pero practicado en servicios de salud en condiciones adecuadas y seguras, conlleva una disminución drástica de los niveles de morbilidad y mortalidad materna asociados al aborto.

Este es el caso, por ejemplo, en Cuba, país en el cual se observa una situación paradójica. En este país, como en el caso de algunos países de Europa de Este<sup>10</sup>, donde el aborto a petición de la mujer es legal, si bien se observan tasas de aborto muy altas, tan altas o mayores, a las de los países de la región donde las leyes son restrictivas, dicha situación está íntimamente asociada a la limitada oferta anticonceptiva y a la calidad de la misma. Sin embargo, lo importante a destacar es que en este país el nivel de mortalidad materna debido al aborto, es similar o menor al que se observa en muchos países donde este procedimiento es legal, ya que las mujeres tienen acceso amplio a servicios de salud seguros y con personal capacitado (4.6 muertes por cada cien mil nacidos vivos en Cuba, cifra similar, por ejemplo, a la observada en Estados Unidos) (Mayo Abad, 2002).

Otro ejemplo contundente se observa ante la ley de despenalización del aborto en la Ciudad de México que se promulgó el 24 de abril de 2007. De los más de 8 mil abortos realizados en un año por instituciones de salud del Distrito Federal sólo una de cada 200 mujeres presentó alguna complicación leve (39 mujeres, alrededor del 0.5% del total de abortos en ese periodo)<sup>11</sup>, y sólo se ha reportado un caso de muerte (Cirigo Vázquez, 2008). Una situación similar que corrobora la importancia de que las mujeres tengan acceso a servicios de salud seguros, es el que se documenta en un país de América del Sur, en el cual se muestra que las mujeres con embarazos superiores a las 12 semanas de gestación, que son atendidas en una clínica urbana de aborto clandestino que cuenta con personal capacitado y con una infraestructura sanitaria adecuada, presentan complicaciones leves, 9% de ellas presentó la tasa más alta de complicaciones menores, mientras que para el resto, o sea con embarazos inferiores a ese periodo, sólo el 3% tuvo complicaciones leves. Situación que se corrobora en los países con legislaciones que autorizan el aborto sin ninguna restricción, en los cuales se estima que en promedio sólo el 5% de las mujeres que interrumpen sus embarazos sufren complicaciones.

---

<sup>10</sup> Para los países de Europa del Este las cifras varían entre 40 y casi 80 por cada mil mujeres en edades reproductivas. Para Cuba éstas difieren según si se incluye o no la regulación menstrual. Para 1996 si se consideran las regulaciones menstruales la tasa de aborto es de 78 por mil y la razón de abortos asciende a 58.6 abortos por cada 100 embarazos, siendo de 2.3 el número promedio de abortos que experimenta una mujer durante su vida reproductiva. Si no se incluyen las regulaciones menstruales las tasas y razones de aborto son muy inferiores (para el 2006, 20.8 por cada mil mujeres de 12 a 49 años y de 37.8 por cada 100 embarazos, Álvarez, 2004).

<sup>11</sup> Las cifras anteriores contrastan con el número de mujeres que fueron atendidas por hospitales públicos del sector salud de la Ciudad de México entre 2001 y 2005: De las 112 mil 683 mujeres atendidas por causas relacionadas con el aborto (22 mil 500 mujeres por año), un promedio anual de 2 mil quinientas mujeres presentaban en ocasiones severas complicaciones (Cirigo Vázquez, 2008).



De lo mencionado en los párrafos anteriores, se desprende una primera conclusión. Las legislaciones restrictivas, que conllevan a que los abortos se realicen con procedimientos riesgosos, en condiciones clandestinas o que las complicaciones del mismo sean tardíamente o mal atendidas, sí determinan, -conjuntamente con las condiciones de acceso a servicios de salud- los elevados niveles de morbilidad y mortalidad por aborto, muertes y condiciones de salud desfavorables que pueden ser totalmente evitables. Las evidencias acerca de la disminución drástica de los niveles de morbilidad y mortalidad debido al aborto en los países donde este es legal o se ha despenalizado hasta las 12 semanas, atestiguan contundentemente que la legalidad y las consecuencias de este acto van juntas.

Otro de los temas relacionados con las consecuencias de las legislaciones restrictivas en el ámbito de la salud de las mujeres, se refiere a sus implicaciones sobre la salud mental de ellas. Las evidencias de diversos estudios al respecto, muestran que las mujeres que recurren al aborto no sufren necesariamente daños emocionales, o estos no obedecen a este acto, tal como argumentan, bajo lógicas reduccionistas, simplistas y no fundamentadas científicamente, los grupos y personas que están en contra de la despenalización del aborto.

Durante muchos años, estos grupos en su discurso punitivo enfatizaron la presencia de un síndrome post-aborto para describir las consecuencias psicológicas del aborto, pero diversos estudios advierten claramente que se trata más bien de un mito que de una realidad (Faúndes y Barzelatto, 2005). Como se señala acertadamente en otro estudio, estas posibles consecuencias están vinculadas con “el contexto legal, cultural y familiar en el que la mujer toma su decisión, la atención profesional o no que reciba y el carácter seguro o no del procedimiento en términos sanitarios” (Gire, 2005).

Diversos estudios constatan que cuando el aborto se realiza en condiciones seguras y legales y con el apoyo de personas cercanas, sus consecuencias son positivas. Lafaurie et al. (2005) en la encuesta realizada en cuatro países sobre el aborto con medicamentos (México, Perú, Colombia y Ecuador) encuentran que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas se sienten aliviadas y tranquilas después de la interrupción de su embarazo.

Por el contrario, cuando el aborto es ilegal y se realiza en la clandestinidad, en un ambiente de hostilidad, las consecuencias psicológicas pueden ser muy negativas y se acentúan ante el temor de la denuncia y de la sanción penal o ante situaciones de maltrato por parte de las profesionales de salud o de rechazo por su parte o por personas cercanas para llevar a cabo la interrupción del embarazo. Como señala Salazar, en Chile, la “mayor parte de las mujeres condenadas a la cárcel por aborto fueron denunciadas por los médicos jefes de los servicios de salud que debían cuidar de ellas” y esta situación tiene por consecuencia silenciar este acto, no poder hablar de la experiencia del aborto, y conduce por tanto a “encapsular los sentimientos y emociones inexpressados” lo cual se traduce en consecuencias psicológicas para estas mujeres (Salazar, 2007).

Estas consecuencias pueden ser negativas si las mujeres se ven obligadas de interrumpir sus embarazos, o cuando tienen un embarazo no deseado, en condiciones que infringen sus decisiones respecto a su sexualidad y reproducción. Pero las consecuencias emocionales y psicológicas resultan más contraproducentes si se impone a una mujer el seguir un embarazo no deseado, particularmente en caso de violación, no obstante el derecho legal, más teórico que real del mismo, que es negado, como señalamos, por parte de autoridades civiles, médicas y religiosas.

Con la penalización del aborto las mujeres tienen dos opciones: practicar un aborto en condiciones clandestinas de alto riesgo o sufrir una maternidad forzada, lo que resulta en adversas consecuencias tanto para ellas como para los hijos no deseados, tema este último casi ausente o poco investigado y documentado. Como señalan Faúndes y Barzelatto (2005), no se habla, sobre los posibles efectos en vida de los hijos no deseado, en ocasiones producto de “maternidades forzadas”, ni se conocen los riesgos –maltrato, rechazo, y condiciones de vida infrahumanas - que sufren los mismos y que lleva a diversas dificultades en sus relaciones sociales y interpersonales.

### ***El impacto desmesurado y silenciado de los costos en los sistemas de salud y en la vida de las mujeres y sus familias***

La penalización del aborto tiene también consecuencias en otros ámbitos como son los elevados costos sociales y económicos directos e indirectos tanto para las mujeres, para los presupuestos de sus familias como para los sistemas de salud y por tanto para la sociedad.

Como advierten varios autores, la penalización del aborto impide el desarrollo de programas de atención a las complicaciones del aborto y dificulta la estimación del gasto público por tratamiento y hospitalización de abortos. Adicionalmente, se señala que si bien después de la Conferencia de El Cairo, la calidad de los servicios postaborto ha mejorado, la atención y el acceso a los servicios de aborto legal son todavía insuficientes en muchos países de la región. Las mujeres y los prestadores de servicios médicos carecen de información necesaria y la mayoría de las regulaciones legales y normatividades para la interrupción del embarazo no cuentan con procedimientos explícitos (Rayes y Catotti, 2004). Los resultados de una evaluación realizada en 2003 en Nicaragua, citada por las mismas autoras, revelaron diversos problemas relacionados con los servicios de aborto: su calidad es con frecuencia deficiente, el equipo se encuentra en malas condiciones, además de las dificultades para brindar la capacitación continua que necesita el personal.

El costo del aborto y de la atención a las complicaciones del mismo sobre el sistema de salud es importante en términos económicos, en la tasa de ocupación de los servicios, en la carga de trabajo para los profesionales de la salud. Según un estudio de GIRE (2003) en América Latina, “la atención a las mujeres con complicaciones de aborto inseguro consume después de los partos normales la mayor cantidad de los recursos gubernamentales asignados a los servicios de salud sexual y reproductiva”.

Por otra parte, la introducción de procedimientos menos costos y más seguros es un elemento clave para disminuir los costos de atención de las complicaciones derivadas de abortos mal realizados y así limitar sus consecuencias. Al respecto, se ha constatado que la introducción de métodos de aspiración manual, en reemplazo de la dilatación y el legrado, permiten una disminución de los costos del 11% y del tiempo de permanencia en hospitales del 27% (Foster Rosales et al, 2003). Benson et al (2004) en su estudio realizado en cinco hospitales de México, encuentran que la introducción del AMEU se tradujo en una disminución del tiempo promedio de estancia hospitalaria (entre 25% y 45%) y en una reducción en el costo promedio por mujer atendida (de entre el 28% y 54%). En ese mismo país, en un hospital del sureño estado mexicano de Oaxaca, la introducción, en 1996, de un programa para atender las complicaciones de abortos permitió una reducción del tiempo de estancia hospitalaria en un 35%. También implicó una disminución de los costos de intervención que pasaron de 264 a 180 dólares por mujer atendida, lo que representa un ahorro de 64 dólares (Brambila et al., 1999). En Nicaragua un estudio realizado en 1992 encontró que podría obtenerse un ahorro de al menos 700 000 dólares con sólo reducir el número de días de hospitalización, mediante la atención ambulatoria de las mujeres con aborto incompleto y utilizando la AMEU (Blandón et al, 1998).

En Cuba, a diferencia de la mayoría de los países de la región, la práctica del aborto está institucionalizada legalmente y se han establecido las mejores condiciones en los sistemas hospitalarios para atender a las mujeres que recurren al mismo, situación que ha permitido disminuir notablemente la incidencia de la morbilidad materna. Los resultados de un estudio realizado en un Hospital de la Habana de los casos atendidos en el servicio de aborto durante 1992, muestran que el costo de los abortos está relacionado con el tiempo de gestación y el método utilizado: siendo menores y más ventajosos los procedimientos ante un embarazo precoz que uno tardío, así como siendo inferior el costo del procedimiento de regulación menstrual, que el legrado, factores que inciden en la estadía en el hospital (Martínez Pérez, 1994).

Asimismo, el desarrollo de programas de información y consejería pre-aborto en los servicios sociales, así como de los programas de atención post-aborto permite reducir las consecuencias de las complicaciones, así como los abortos repetidos ante la prescripción de anticoncepción.

El desarrollo de un mercado clandestino o paralelo, con profesionales de la salud más o menos calificados, con una infraestructura generalmente inadecuada y con altos costos monetarios, es, como se ha constatado, una práctica extendida a la que acuden muchas mujeres, dadas las restricciones legales. Los servicios clandestinos no sólo ponen en peligro la vida de la mujer, también se traducen en mayores complicaciones, que resultan, a su vez, en gastos médicos elevados, hospitalizaciones prolongadas y la inevitable corrupción de las instituciones jurídicas y policiales, que encubren estas prácticas (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). Adicionalmente, en zonas rurales de algunos países de la región, se ha documentado que la mayoría de las mujeres de escasos recursos se provocan el aborto ellas mismas o buscan ayuda de una persona empírica frecuentemente sin capacitación. Situación similar también se ha observado entre algunas de las mujeres pobres de zonas urbanas. En cambio, las mujeres con mayores recursos

acuden en su gran mayoría a profesionales de salud capacitados para hacerse un aborto (Alan Guttmacher Institute, 1994).

Hay diversos estudios que dan cuenta de la diversa y amplia variabilidad de los costos monetarios del aborto clandestino en los países de la región. Ello depende de diversos factores, tales como: la capacitación de los proveedores, el tipo de instalaciones, los métodos utilizados por las mujeres para abortar y por los médicos para atender las complicaciones, la aceptación y voluntad por parte de los médicos en el acceso a servicios de salud públicos para abortos previstos por la ley o fuera de ella, la capacidad económica de las mujeres, y las barreras legales para la obtención de ciertos métodos<sup>12</sup>.

Baste con señalar algunas evidencias acerca de los costos monetarios de esta práctica<sup>13</sup>. Según Pine (2003) los costos clandestinos realizados por proveedores de salud pueden llegar a ser entre un cuarto y la mitad del sueldo promedio mensual de la mujer. A su vez, Langer (2003) señala que en algunos contextos, el costo de un aborto clandestino realizado por un médico en una clínica privada equivale a los ingresos anuales de una familia media. De acuerdo con los datos de la encuesta de opinión acerca del aborto en seis países de la región antes citada, los costos pueden oscilar desde el pago en especie, o de unos diez dólares en la compra de hierbas medicinales, hasta cantidades muy elevadas (Alan Guttmacher Institute, 1994). Las evidencias empíricas de los diversos estudios muestran claramente que las consecuencias más relevantes de las condiciones de acceso a la oferta legal o clandestina de servicios de aborto, están íntimamente asociadas con la diferencia de opciones que tienen las mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico, situación que expresa la profunda inequidad social que caracteriza a la gran mayoría de los países de la región.

La interrupción del embarazo en países con legislaciones restrictivas y punitivas tiene además un impacto económico importante en el presupuesto de las mujeres y sus familias, en particular de los sectores de población más desfavorecidos, ya que no sólo deben pagar el costo por el aborto, sino, en muchas ocasiones, también deben cubrir los gastos médicos por complicaciones del mismo. Aunado a ello, están los costos económicos indirectos, tales como los de transporte, los que se derivan de la ausencia de las mujeres en sus actividades económicas y domésticas, o la correspondiente a los demás familiares que las acompañan. A ello se agregan, otros posibles costos en las familias, como son los casos en que las mujeres terminen con incapacidades serias como resultado de los abortos inducidos, o que sean encarceladas situaciones que repercuten en el bienestar no sólo de ellas, sino del resto de los miembros de la familia, en especial de los hijos en edades tempranas. A ello se agregan las consecuencias de una maternidad forzada que como señalamos incide en la salud física y mental del mujeres y en la vida de los hijos no deseados.

---

<sup>12</sup> Por ejemplo, en Brasil, a pesar de que el Cytotec se suministra exclusivamente a personas que cuentan con receta médica y cuyo uso para recurrir al aborto se ha prohibido explícitamente, el fármaco puede obtenerse de manera clandestina y con un costo excesivamente alto (70 dólares).

<sup>13</sup> Véase los resultados proporcionados por diversos estudios acerca de dichos costos en algunos países de la región en el capítulo 7 de la publicación de Guillaume y Lerner (2007).

Para finalizar, otro aspecto, que está presente la literatura se refiere a los factores que conducen a un embarazo no deseado, que como se señala en un estudio representa la antesala o evento que precede al aborto y a la decisión de la mujer a practicarse un aborto (AGI, 1999). Tema que desborda los objetivos de este texto, y acerca del cual sólo nos interesa subrayar, como otra más de las consecuencias de un contexto legal y político restrictivo del aborto, las intenciones y acciones (que ya se han implementado o se buscar implementar en algunos países de la región) de grupos conservadores opuestos a la despenalización del aborto. Nos referimos concretamente a la limitación o prohibición del acceso libre a la anticoncepción de emergencia, método que es considerado por estos grupos como abortivo, con base en argumentos erróneos y sin fundamento científico. Este hecho, ha llevado a la prohibición o reglamentación estricta de la comercialización de este método o a la eliminación del mismo del cuadro básico de medicamentos autorizado por las instancias de salud y, por tanto a la conformación, como en el caso de la penalización del aborto, de un mercado clandestino de este producto, con mayores costos económicos para las mujeres y con consecuencias para su salud. Esta situación también se observa en el uso de medicamentos confiables para interrumpir el embarazo en condiciones de menores riesgos, como es el caso de del Misoprostol o Cytotec, como se ha constatado en Brasil y Uruguay, países que han introducido restricciones en el uso y venta de este producto:

Las evidencias que hemos expuesto en este texto, ilustran acerca de las adversas consecuencias de la legislación restrictiva del aborto, que generan una práctica discriminatoria, de desigual genérica y sobre todo de injusticia social, pues son las mujeres de las clases más desprotegidas quienes ante la ausencia de un acceso legal a un procedimiento seguro, se ven obligadas a recurrir a un aborto clandestino, en condiciones inseguras y de alto riesgo, a diferencia de quienes tienen los recursos económicos para pagar un aborto seguro. Así mismo, hay que subrayar que la penalización del aborto recae únicamente en las mujeres, y no en los hombres, aunque ellos sean la otra parte responsable de los embarazos. De igual manera, el maltrato que frecuentemente reciben las mujeres en los hospitales públicos se relaciona con la subordinación genérica de las mujeres y con la desigualdad de las relaciones de poder que generalmente se establecen entre médicos y pacientes. Adicionalmente, dicha legislación viola los derechos humanos de las mujeres, pues la realización del aborto no sólo atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, sino también contra su derecho a la salud, a la libertad, a la seguridad y potencialmente su derecho a la vida.

Más que una conclusión general, lo que se desprende de lo presentado en este texto, y se advierte en la mayoría de los estudios, es la necesidad de incentivar la realización de investigaciones con rigor científico que, a la luz del contexto social, político, económico y cultural de cada país, analicen las consecuencias de las legislaciones restrictivas en diversos ámbitos de la vida de las mujeres y de la sociedad en su conjunto, destacando el papel de las distintas fuerzas y actores sociales que influyen en ellas. Una tarea pendiente y sumamente importante consiste en analizar y difundir las diversas iniciativas emprendidas por los movimientos de la sociedad civil y otros actores sociales para frenar las acciones de los grupos conservadores y de derecha que militan a favor de la prohibición total del aborto, y que en muchos países de la región han adquirido una influencia cada vez mayor.

La respuesta a dichas iniciativas por parte de las instancias legales, jurídicas, sanitarias y educativas será también un insumo fundamental en esta dirección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alan Guttmacher Institute [AGI], (2007), *Induced abortion worldwide*, In Brief, Nueva York, AGI.
- [AGI], (1999), *Aborto inducido a nivel mundial.*, Hoja de datos, Nueva York, AGI.
- [AGI], (1999a), *Compartiendo responsabilidades. Mujer, sociedad y aborto en el Mundo*, Nueva York, AGI.
- [AGI], (1994), *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York, AGI.
- Álvarez Vázquez, L., (2005), *El aborto y sus implicaciones desde una perspectiva de género*, trabajo presentado en la II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe, México, Population Council.
- Benson, J.; Rábago O., Vásquez, Cuarto A., y Brooke J. R. (2004), “Costos y utilización de recursos para el tratamiento de complicaciones de aborto en México”, *Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Atención hospitalaria y costos del aborto*, Santa Fe de Bogotá (Colombia), Universidad Externado, 105-106.
- Brambila, C., Langer, A., García Barrios, C., y Heimburger, A., (1999), *Estimating Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso Hospital*, México, Population Council.
- Casas Becerra, L., (1997), “Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile”. *Reproductive Health Matters*, 5, 29-36.
- Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), (2000), *Women of the world: laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and the Caribbean. (Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas: América Latina y El Caribe suplemento)*, Nueva York, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
- Cirigo Vázquez, (2008), *Intervención en las Audiencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a favor de la despenalización del aborto en le Distrito Federal*, México.
- Costa, S. H., & Vessey, M., (1993), “Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro”, *Lancet*, 341, 1258-1261.
- Espinoza, H., Abuabara, K., & Ellertson, C., (2004), “Physicians knowledge and opinions about medical abortion in four Latin American and Caribbean region countries”, *Contraception*, 70, 123-127.
- Erviti Erice, J., Sosa Sánchez, A., & Castro, R., (2005), “Procesos sociales que facilitan la violación de los derechos reproductivos de las mujeres atendidas por aborto en hospitales públicos de México” (síntesis), en M.D.S y C. Instituto de Salud Carlos III, *Ponencias. II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud*, Madrid, 54-56.

- Faúndes, A., & Hardy, E., (1997), "Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 58, 77-83.
- Faúndes, A., y Barzelatto, J., (2005), *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Bogotá (Colombia), Tecnopres Ediciones.
- Ferrando, D., (2002), *El Aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras*, Lima (Perú), Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán" (CMP), Pathfinder International.
- Foster Rosales et al, (2003), "Cost savings of manual vacuum aspiration for endometrial sampling in El Salvador", *Contraception*, 68, 5, 353-357.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), (2005), *Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades*, Hoja Informativa, México, GIRE.
- , (GIRE) (2003), *Campaña 28 de Setiembre, Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y El Caribe*, México, GIRE.
- Guillaume, A y S. Lerner, (2007), *El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Paris-México, Ceped.
- Lafaurie, M. M., Grossman, D., & Troncoso, E., (2005), *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*, PubliStudio, México, Population Council.
- Langer, A., (2003), "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México". *Gaceta Médica De México*, 139, S3-S7.
- Martínez Pérez, M. T., (1994), "El aborto dentro del sistema nacional de salud. Su organización y costo en un municipio de la Ciudad de la Habana", *Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y El Caribe: Atención hospitalaria y costos del aborto*, Santa Fé De Bogotá, Universidad Externado, 66-75.
- Mayo Abad, D., (2002), "Algunos aspectos histórico-sociales del aborto", *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28, 128-133.
- Micheel, S., (2000), "Even when legal, abortion is often inaccessible", *Fpia News*, 7.
- Naciones Unidas (ONU), (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5-13 septiembre de 1994., Nueva York, ONU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1998), *World Health Day. Safemotherhood*, Ginebra, OMS.
- Prada, E., Singh, S., Kestler, E., & Sten, C., (2005), Atención post-aborto y morbilidad por aborto en Guatemala 2002-2003. Una visión cuantitativa y cualitativa del problema, trabajo presentado en la *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, México, Population Council.
- Ramos, S., (2007), Aborto inducido en la Argentina. Un problema en situación de cambio, trabajo presentado en el Seminario *Estudios sobre a Questão de Aborto en países da América do Sul, com ênfase no Brasil*. Nepo, Campinas.
- Rayas, L., & Catotti, D., (2004), *Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: la agenda inconclusa*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

- Rede Feminista de Saúde, (2005), Aborto: mortes preveníveis e evitáveis, *Rede Feminista de Saúde*, Dossiê: 47.
- Reproductive Health Matters (RHM), (2003), “Nine-year-old Nicaraguan girl has an abortion amid controversy”, *Reproductive Health Matters*, 11, 195.
- Rostagnol, S., (2007), Panorama del aborto en Uruguay, trabajo presentado en el seminario *Estudios sobre a Questão de Aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil*, Nepo, Campinas.
- Salazar Rosas, G., (2007), Aborto legal en Chile: tarea pendiente, trabajo presentado en el seminario *Estudios sobre a Questão de Aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil*, Campinas.
- Sanseviero, R., (2003), *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo, CIID-UPAZ.
- Singh, S., (2006), “The incidence of unsafe abortion: a global review”, en I.K., Warriner y I. H. Shah (eds.), *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences. Research and Action*, Nueva York, Guttmacher Institute, 187-207.
- United Nations (UN), Population Division, (1999), *World abortion policies 1999*, Nueva York, United Nations.
- , (2001), *Abortion Policies. A global review, vol. I Afghanistan to France*, Nueva York, United Nations.
- , (2001), *Abortion Policies. A global review, vol. II Gabon to Norway*, Nueva York, United Nations.
- , (2002), *Abortion Policies. A global review, vol. III Oman to Zimbabwe*, Nueva York, United Nations.
- World Health Organization (WHO), (2004), *Unsafe abortion : global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, Ginebra, WHO.



**Cuadro 1**  
**Situación legal del aborto en América Latina y el Caribe en el 2003**

<b>Causales</b>	<b>Países</b>
<b>Sin restricciones</b>	Barbados, Cuba, Guadalupe, Guyana, Guyana Francesa, Martinico, Puerto Rico, Saint Martin
<b>Totalmente prohibido</b>	Chile, Colombia***, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Sint Maarten
<b>Para salvar la vida de la mujer</b>	Anguilla, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Haití, Islas Caimán, Jamaica, México, Nicaragua****, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas, Surinam, Uruguay*****, Trinidad y Tobago, Venezuela,
<b>Por salud física o mental de la mujer</b>	Anguilla, Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Jamaica, México, Nicaragua****, Perú, San Vicente y Granadinas, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tobago, Uruguay*****
<b>Por violación</b>	Argentina*, Brasil, Bolivia**, Ecuador*, México**, Nicaragua****, Panamá**, San Vicente y Granadinas**, Uruguay*****
<b>Por malformaciones del feto</b>	Anguilla, Belice, Brasil, México, Nicaragua****, Panamá, Trinidad y Tobago,
<b>Por razones socioeconómicas</b>	San Vicente y Granadinas, Uruguay*****

**Fuente: Elaborado a partir de:**

**United Nations (1994), (1999), (2001), (2002), Rayas, (2004);**

**y otros documentos y comunicaciones enviadas por colegas latinoamericanas.\* Sólo se permite por violación cuando la mujer padece retraso mental o demencia (United Nations, 2002)..**

\*\*Por incesto, además de violación.

\*\*\* En 2006, esta país autoriza el aborto para salvar la vida o por razones de salud de la mujer, en caso de violación o por malformaciones del feto.

\*\*\*\* En este país, el código penal permite el aborto por “razones terapéuticas” sin definir claramente las circunstancias específicas. Las solicitudes del aborto terapéutico en algunos

hospitales incluyen las razones mencionadas en este Cuadro, aunque se considera que representan una proporción muy baja (Ipas América Central, comunicación personal, 2005).

\*\*\*\*\* En Uruguay estas causales se permiten en tanto atenuantes o eximentes.,