

[Publicado en la revista Relaciones, Nro. 342, Noviembre 2012, págs. 8-10]

ABORTO EN EL URUGUAY: EL MODELO DE CONSULTA CON PLAZO DE REFLEXIÓN

Agustín Courtoisie

Frente a la recurrente polarización de quienes exhiben ante la opinión pública sus tajantes consignas, un modelo diferente se ha abierto camino en el ámbito parlamentario, inspirado en legislaciones europeas, en la metodología aplicada desde hace una década en el Hospital Pereira Rossell, y en razonables bases argumentales, alejadas de ambos extremos.

Es analfabeta, tiene 26 años y se llama Rita. Padece epilepsia desde su infancia. Vive de la asistencia estatal. Su casa es miserable, no tiene baño ni agua. Para tener luz se cuelga del tendido eléctrico. Cinco veces fue madre y convive con dos de sus hijos y tres hermanos. “El último embarazo terminó en aborto provocado con sonda vesical intracervical, colocada por una vecina. Requirió internación y antibiótico-terapia prolongada además de legrado evacuador complementario”. Otro futuro aborto infectado podría dañar severamente su salud, o incluso terminar con su vida. No tiene plata para volver a su domicilio y mucho menos para comprar el misoprostol. “Se le asesora con respecto a los contenidos de la Normativa 369/04, se le ofrece la posibilidad de internación mientras el servicio social la valora, lo que acepta gustosa”. (Briozzo, 2008, pág. 123)

Susana, en cambio, tiene trabajo: se dedica a tareas de limpieza en casas de familia. Es fumadora, tiene antecedentes de hipertensión y tres hijos, dos de los cuales, de 7 y 11 años, viven con ella. Ya había pedido una consulta por su embarazo no deseado. Se colocó ella sola misoprostol por vía vaginal. Viene a consultar por sangrado, chuchos de frío y fiebre, dolor en hemiabdomen inferior. Se realizan estudios, se habla con ella. “Desde el punto de vista emocional refiere sentir un gran alivio, dado el estrés que generaba ese embarazo”. Se le explican los riesgos del uso inadecuado del preservativo y “se le informa sobre los beneficios y los riesgos de los distintos métodos”. El equipo coordina controles periódicos de ahí en adelante. (Briozzo, 2008, pág. 117)

En “Teoría y práctica. Análisis de casos clínicos” la coordinadora Mariana González Pírez y otros nueve profesionales (Briozzo, 2008, págs. 107 y sigs.) relatan esos y muchos otros casos, pero ninguno más inquietante que el de una adolescente de 14 años, violada por el compañero de su madre. “La joven y su madre solicitan la interrupción del embarazo. La madre no se muestra dispuesta a realizar la denuncia policial de violación, ya que la actual pareja es el padre de dos de sus hijos, siendo el único sustento familiar”. (Briozzo, pág. 114)

Ante casos clínicos semejantes, el grupo hoy denominado “Iniciativas Sanitarias” diseñó la metodología aplicada desde hace más de una década en el Hospital Pereira Rossell (CHPR) y generalizada a partir del año 2004 por la Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública. En esencia, consiste en asesorar “antes” y “después” de un aborto clandestino, a las mujeres que enfrentan embarazos no deseados. La experiencia del modelo de reducción del daño, emprendida por el doctor Leonel Briozzo y un grupo de médicos sensibles ante las realidades que debían enfrentar a diario, ha sido hasta ahora una estrategia exitosa. Ya durante los primeros años de su implementación podía afirmarse que: “Durante el período 1999-2006 la morbi-mortalidad de mujeres por aborto provocado

en condiciones de riesgo se comportó de manera distinta en todo Uruguay en comparación con el CHPR, único lugar donde se viene trabajando en asesoramiento a mujeres en condiciones de aborto y desde 2004 se aplica la Normativa acerca de las ISCAPCR (Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto en Condiciones de Riesgo). En el CHPR la tasa de morbi-mortalidad materna ha descendido de manera más abrupta que en el resto del país. Las ISCAPCR definitivamente tienen el potencial de ser desarrolladas en todo el país y de lograr que Uruguay cumpla con las metas de desarrollo del milenio en la materia” (Briozzo, 2008, pág. 105)

A los casos reseñados en el contexto de las ISCAPCR, podríamos agregar otros, imaginando la situación de aquellas jóvenes que son forzadas a abortar por sus padres, o por su pareja, pero que desean ser madres. También el de las mujeres que cursan un embarazo surgido de una larga historia de violencia doméstica y que son compelidas a continuarlo, sin que sea necesario amenazarlas, dado el grado de resignación a que han llegado. O el caso de aquellas mujeres que no están seguras de querer abortar, pero por vergüenza frente a familiares o ante su entorno laboral, apelan a recursos clandestinos. Todas esas gestantes esperan otro tipo de ayuda y compañía.

El modelo de consulta

El Uruguay ha discutido desde 1938, cuando la Ley No. 9.763 modificó el Código Penal, distintos caminos para legalizar o despenalizar el aborto. Pero la majestad de la ley ha sido vulnerada desde entonces, ya que la práctica clandestina del aborto ha sido tolerada por la sociedad. El desuso llegó al punto del frecuente olvido de los atenuantes y los eximentes por cuestiones de honor, angustia económica o riesgo de vida de la madre, establecidos por la normativa aún vigente hasta octubre de 2012. Visto ese panorama, la experiencia del grupo “Iniciativas Sanitarias”, que recién reseñamos, es apenas una parte de la historia. Una respuesta parcial, quizás, pero valiosa y aleccionante.

Frente a la recurrente polarización de quienes exhiben ante la opinión pública sus tajantes consignas, en 2012 se abrió camino en el ámbito parlamentario un modelo inspirado en algunas legislaciones europeas y en razonables bases argumentales, alejadas de ambos extremos. El diputado del Partido Independiente, Iván Posada, negoció con representantes del Frente Amplio el proyecto que había presentado hace diez años junto al entonces diputado Ricardo Falero y que había vuelto a defender sin consecuencias aparentes en la anterior legislatura. (Cámara de Representantes, 2002) La identidad de la propuesta era muy diferente a la que en el pasado vetó el entonces presidente Tabaré Vázquez y a la de otros proyectos de ley basados en la sola voluntad de la mujer.

Dos de los elementos más llamativos de la norma, y acaso menos comprendidos, son el “equipo interdisciplinario” y el “plazo de reflexión”.

El proyecto presentado por Posada incorpora un equipo interdisciplinario, “integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social”. (Cámara de Representantes, 2012, Art. 3º) Ese equipo, con las fortalezas y las inexorables debilidades de todo grupo humano, es pensado con un espíritu idéntico al de la consulta integral practicada en el CHPR durante más una década, cuyo balance ha sido considerado positivo. (Stapff, 2008)

La nueva ley no inventa nada al respecto, sólo intenta aprovechar las buenas experiencias. La legislación comparada es rica en ejemplos semejantes. Por ejemplo, la Ley

de Islandia No. 25/975 del 27 de mayo de 1975, refiere a la “necesaria presencia y actuación de un ginecólogo, visitador social, cirujano, y, cuando fuere del caso, un psiquiatra, en las interrupciones de la gravidez autorizadas por la ley”.

La norma italiana del 22 de mayo de 1978, Ley No. 194, Art. 2º, establece que los “consultores familiares asisten a la mujer en estado de gravidez”, entre otras cosas “informándola sobre los derechos que le corresponden” y “contribuyendo a hacer superar las causas que podrían inducir a la mujer a la interrupción de la gravidez” (Langón, 1979, págs. 130 y 112) Importa recordar que en mayo de 1981 los ciudadanos italianos fueron convocados para pronunciarse sobre la Ley 194, pero la norma quedó firme, pese a los reclamos del Movimiento por la Vida por derogarla y de los sectores radicales del aborto por la sola voluntad de la mujer. (Galeotti, 2004, pág. 115)

Por su parte, la Ley francesa del 17 de enero de 1975, No. 75-17, exige que además de la información sobre “los riesgos médicos existentes para ella misma y para sus maternidades futuras”, deberá consultar a “un establecimiento de información, de consulta y consejo familiar, un centro de planificación o de educación familiar, un servicio social u otro organismo que se determine posteriormente, el cual deberá expedirle un certificado de consulta”. (Langón, 1979, pág. 122)

Es muy sugerente el caso de Alemania. Antes de la unificación, la Ley de Alemania Federal del 28 de agosto de 1975 disponía penas para los abortos realizados sin previa consulta a un “consejero”, definiendo por tal un centro reconocido por la ley, o “un médico que no realiza abortos y que sea miembro de un centro consejero reconocido o esté reconocido como consejero por una autoridad o institución de acuerdo a la ley”. (Langón, 1979, pág. 109) Algunos investigadores han señalado que el “modelo de consulta”, al que se arribó finalmente en la Alemania unida en los años 90, debía adecuarse para “convencer a la gestante de llevar el embarazo a término”. “La consulta debe tener un efecto alentador, no intimidador; no debe tener por fin la provocación de sentimientos de culpa, sino hacer inteligible a la mujer que está actuando antijurídicamente, aun cuando no consuma un tipo penal. La gestante debe conservar su anonimidad, pero tiene que comunicar las razones del aborto deseado”. El mismo jurista recordaba que “la gestante no debe solicitar el certificado de consulta directamente después de la primera conversación en la consulta; sin embargo no se debe retener el dictamen tanto tiempo hasta tal punto que se haga imposible un aborto por haber vencido el plazo indicado”. (Priester, 1994, pág. 158)

Según la doctora Giulia Galeotti (La Sapienza, Roma): “aún hoy la jurisprudencia alemana se distingue por su reconocimiento del derecho a la vida del feto, derecho que es igual por dignidad y valor al de quien ya ha nacido”. Agrega: “Las vicisitudes de la normativa alemana en materia de aborto son el espejo de una tendencia más generalizada. Las legislaciones introducidas en los años ochenta para regular la interrupción de la gravidez son, en efecto, más restrictivas con respecto a las de la década anterior, como también lo demuestran los casos español, portugués, belga”. (Galeotti, 2004, pág. 106)

Según datos disponibles en el portal de la Yes to Life Foundation, en Alemania las cifras de interrupciones voluntarias del embarazo se han reducido de modo constante, desde 130.899 abortos en 1996, a 114.500 abortos en 2008. Los datos están disponibles en: <http://www.ja-zum-leben.de/en/seiten/fakten/abtreibungszahlen>

Si bien su búsqueda de un camino intermedio guarda ciertas semejanzas con los distintos “modelos de consulta”, la norma discutida por el parlamento uruguayo es mucho más concisa y sobria, comparada con los ejemplos de Islandia, Italia, Francia y Alemania. En tal sentido, el Artículo 3º afirma: “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”. Y es esencial prestar mucha atención al siguiente párrafo: “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”. (Cámara de Representantes, 2012, Art. 3º)

El plazo de reflexión

En la Ley italiana N° 194, “se prevé la posibilidad de reflexionar sobre la decisión a tomar: si en la entrevista con el médico no determina que el caso sea de urgencia, le entrega a la gestante un documento en el que (además de confirmar su gravidez y la solicitud de interrupción de la misma) la invita oficialmente a postergar la decisión durante *siete días*. Esta previsión, rara en la legislación de otros países, en general ha sido valorada positivamente”. (Galeotti, 2004, pág. 113)

Pero no es tan raro ese requisito. La Ley francesa de 1975 también expresa que “si la mujer ratifica su solicitud de interrupción de la gravidez, el médico debe solicitarle una confirmación por escrito, no pudiendo aceptar esta confirmación sino después de la expiración del término de *una semana* siguiente a la primera demanda de la mujer”.

Los fundamentos de postergar durante un lapso razonable la decisión se comprenden mejor al leer las explicaciones de la psicóloga Denise Defey en “El aborto provocado: su dimensión psicosocial”. (Briozzo, 2002) Sus argumentos parecen sólidos en el sentido de introducir consejo profesional, médico, psicológico y social, y añadir un plazo de reflexión para que la mujer lo procese en forma adecuada. En dicho trabajo se insiste en la ambivalencia del deseo de la mujer, tanto de abortar como de ser madre y en la fragilidad de las circunstancias que envuelven cualquier embarazo.

Según Defey, no hay exactamente decisiones únicas, sino procesos. En todo caso, la mujer no está en el mejor momento para decidir sola. Según sus palabras: “El deseo aparece como un fenómeno cambiante que debería, en todo caso, describirse como un proceso más que como una categoría presente o ausente. Esto queda dramáticamente demostrado por el hecho de que en Francia, pese a que el aborto se realiza por la sola voluntad de la mujer, *se le exige una semana de reflexión y en ese tiempo la mitad de las mujeres desiste de su intención original*” (subrayados nuestros). (Briozzo, 2002, pág. 35)

Y más adelante: “La mujer que se halla en profunda duda respecto de la realización del aborto constituye otra indicación para una entrevista especializada, la cual tiene como objetivo ayudarle a esclarecer sus motivaciones tanto a favor como en contra del aborto, procurando una decisión más libre y más certeramente arraigada en su situación tanto interna como externa”. (Briozzo, 2002, pág. 45).

Regresemos a nuestro país. El doctor Francisco Cóppola, de la Sociedad de Ginecología del Uruguay ha informado que “de las 3.215 usuarias asistidas desde 2004 hasta el momento [2010], casi la mitad optó luego de realizarse el aborto por el uso de anticonceptivos orales. Mientras que un 30% prefirió colocarse el DIU y un 7% se decidió por el uso del preservativo”. Es relevante este apunte, en el sentido de todo lo que hemos

manifestado: “En los países donde hay venta libre de misoprostol y no hay asesoramiento médico, las muertes por aborto siguen siendo altas. Y las complicaciones son horribles. O sea que no es el acceso libre al misoprostol lo que soluciona las muertes por aborto”. Agrega: “El 55% de las usuarias que consultan interrumpe el embarazo, el 22% decide continuarlo. Un 11% no debe arriesgarse por un aborto inseguro porque no está embarazada o tiene una gestación inviable”. (Últimas Noticias, 6/enero/2010)

La primera de las afirmaciones sugiere que el modelo de reducción del daño del grupo “Iniciativas Sanitarias” no ha banalizado el aborto como método anticonceptivo. La segunda, que entre los profesionales de la salud existe conciencia respecto de los peligros del uso inadecuado de fármacos abortivos y es menester algún modelo de consulta. La tercera y última, muestra que aun con el aborto ilegal, la mera consulta con profesionales ha apoyado emocionalmente a las usuarias al punto que un 22% ha decidido continuar con su embarazo. Otras han evitado padecimientos innecesarios al haber entendido mejor su situación individual, dada la ausencia de embarazo, o bien su inviabilidad.

Aborto legal, menos abortos

La norma discutida en octubre de 2012 en el parlamento, que pretende despenalizar el aborto en el Uruguay bajo ciertos requisitos, procura perfeccionar y mejorar esas dimensiones de la metodología de las “Iniciativas sanitarias” y es el único que parece ofrecer esperanzas de incrementar sustancialmente el porcentaje de vidas salvadas (tanto de gestantes como de embriones).

No todos los proyectos son iguales y no se le pueden formular las mismas críticas a unos y a otros. Proponerse “despenalizar” no es lo mismo meramente “legalizar”. El que discute el parlamento refiere a una interrupción que tiende a ser excepcional, con plazo de reflexión y asesores en régimen no de “tribunal”, sino de modelo de consulta. Si la norma se aprueba, muchas mujeres ya no decidirán en estado de pánico ni se expondrán a correr riesgos con sus vidas, por lo tanto, aumentarán los casos de madres que deciden continuar su embarazo. Si se dejan las cosas como están, morirán más mujeres y sobre todo, morirán muchos más seres humanos que aún no han nacido.

Sea o no debido al plazo de reflexión y al modelo de consulta, con equipo interdisciplinario, es un hecho que los abortos provocados se han reducido de modo constante a lo largo del tiempo en los países en que esta práctica ha salido de la clandestinidad, después de un período de su aparente incremento. Por ejemplo, según el doctor Fabián Rodríguez, en “Situación internacional del aborto provocado y la mortalidad materna”, debe analizarse “lo que sucede cuando un país con legislación restrictiva pasa a una legislación más liberal” tomando en cuenta por un lado, la tasa de abortos y, por otro, la tasa de mortalidad materna.

En cuanto a la tasa de abortos: “Este análisis se torna complejo porque la tasa de abortos ilegales en países con legislaciones restrictivas suele tener grandes errores. Sin embargo, existen 25 países que han legalizado el aborto entre los años 1975 y 1996, que cuentan con estadísticas aceptables, y 29 con registros incompletos. En la mayoría de estos países la tasa de aborto aumenta inmediatamente después de la legalización. Sin embargo, este leve aumento siempre es seguido de un descenso constante y sostenido de los guarismos”. (Briozzo, 2008, pág. 180) Es probable que además de la salida de la clandestinidad, incida positivamente en esa reducción de los abortos provocados la progresiva generalización del uso de diferentes anticonceptivos y la educación sexual. En el

caso de Francia e Italia, el descenso del número de abortos después de la legalización en el primero de esos países y de la despenalización en el segundo, es francamente espectacular. La paradoja reside en que en los países donde el aborto está prohibido, se producen más abortos y más muertes de gestantes. En cambio, en países con aborto legal o despenalizado, se reducen ambas tasas. Por ejemplo, en Estados Unidos, descendieron de 29,3 por cada 1000 en 1981, a 19,6 en 2008, por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. (Guttmacher Institute, 2001)

En Holanda, son 5,5 abortos provocados por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, y en Canadá, 12 por cada 1000. “En contraposición, estas tasas son diez veces mayores en algunos países con ilegalidad con respecto al aborto, como el caso de Perú con 52/1000 mujeres en edad reproductiva, Colombia con 34/1000, República Dominicana con 44/1000, Chile con 45/1000”. (Briozzo, 2008, págs. 179-180)

Concluye Fabián Rodríguez: “Al contrario de lo que podría pensarse, la introducción de legislaciones liberales que se acompañan de cambios en el sistema de atención integral de la mujer, tiene un efecto de disminución en el número de abortos como sucedió en Francia e Italia”. (Briozzo, 2008, pág. 181)

En el Uruguay, a diferencia de los demás países de América Latina, no es cierto como suele decirse que la mortalidad materna sea el principal motivo para cambiar la legislación (aunque podría serlo en un futuro dado el mercado negro de fármacos abortivos y la inadecuada automedicación), sino la morbilidad y los profundos padecimientos psíquicos de muchas mujeres. Por ejemplo, entre 1996 y 2001, los abortos provocados en condiciones de riesgo causaron 7 (siete) muertes en 6 (seis) años. (Briozzo, 2002, pág. 89) En términos epidemiológicos, si bien esa cifra no debe ignorarse como causa de muertes maternas, es poco responsable amplificarla a sabiendas. La pauta ha continuado de modo similar hasta ahora, y precisamente por ello ciertos grupos o personalidades en favor del aborto ofrecen porcentajes y no números absolutos.

En “Un argumento consecuencialista para legalizar el aborto en Uruguay” Cristian Pérez Muñoz ha aportado cifras coincidentes y ha argumentado con la misma estrategia que inspira a la norma que aquí comentamos, basada en el modelo de consulta y el plazo de reflexión. En la célebre revista *The Lancet*, en un trabajo titulado “Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008”, Gilda Sedgh y su equipo estudiaron 190 países entre 1995 y 2008, y concluyeron que, contra lo que podría pensarse, en los países donde el aborto es clandestino se practican más abortos, y donde es legal, o se ha despenalizado, su número se reduce en forma notable. Comenta Pérez Muñoz: “Existe una relación positiva entre la existencia de leyes restrictivas y el número de abortos. Esto sucede porque (a diferencia de sociedades como la uruguaya en donde la práctica del aborto es perseguida y se hace de forma clandestina) en países donde el aborto es legal es más fácil instrumentar políticas que exploten las diferentes salidas que existen ante embarazos no deseados. No es difícil pensar que ante una decisión tan compleja, un sistema clínico estatalmente regulado puede ayudar más a aquellas mujeres que no están enteramente seguras de abortar que lo que puede hacer las clínicas clandestinas. Ciertamente, ninguna clínica clandestina tiene demasiados incentivos para motivar a las mujeres a no abortar”.

Luego se interroga el autor, procurando llamar la atención sobre el poderoso argumento “consecuencialista”. “Sabemos que tanto defensores como opositores de la legalización del aborto están interesados en minimizar el número de abortos practicados en el país. Si efectivamente tanto el número de abortos como la mortalidad derivadas del aborto inseguro en mujeres disminuye con la implementación de leyes más liberales, ¿no

sería razonable que todos apoyáramos ese tipo de leyes?” (Pérez Muñoz, 2012)

Es algo extraño pensar que, desde la perspectiva “pro vida” quienes se oponen al proyecto de ley en discusión acepten, si no se aprueba, que la mayoría de las mujeres angustiadas que se plantean abortar, logren su objetivo incluso con riesgo de sus propias vidas. Y que desde la perspectiva de la libertad irrestricta de la mujer (“con mi cuerpo hago lo que quiero”), se rechace la asesoría que ya se ha brindado de hecho a partir de la ordenanza 369/04 del MSP, basada en las ISCAPCR, y se opongan a una norma que ofrece mayores garantías que el régimen actual para reducir la morbi-mortalidad materna. Quienes prefieren mantener su prédica divorciada de la realidad y la conciencia tranquila, no salvan a nadie.

NOTA: Este artículo fue escrito después de la aprobación del proyecto de ley de despenalización del aborto en la Cámara de Representantes por 50 votos a favor y 49 en contra (27/9/2012) y antes de que finalmente la norma fuera aprobada por 17 votos a favor y 14 en contra en el Senado (17/10/2012). El presidente de la República, José Mujica, la promulgó el 22 de octubre de 2012. Ver: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/235380/mujica-promulgo-la-ley-que-despenaliza-el-aborto/>

BIBLIOGRAFÍA

- BRIOZZO, Leonel (coordinador) (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Prólogo del Dr. Héctor Gros Espiell. Edición del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Sociedad Ginecológica del Uruguay (SGU).
- BRIOZZO, Leonel (compilador) (2008). *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. La experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro*. Prólogo de Aníbal Fáiundes y Presentación de Frances Kissling. Edición de Iniciativas Sanitarias y Productora Dedos. Montevideo.
- CÁMARA DE REPRESENTANTES (2002). “Planificación familiar, educación sexual e interrupción excepcional del embarazo”. Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Carpeta No.2630 de 2002. Repartido No.1140. XLVa. Legislatura. Noviembre de 2002.
- CÁMARA DE REPRESENTANTES (2012). “Interrupción voluntaria del embarazo”. Comisión especial con la finalidad de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo. Carpeta No.1354. Anexo I al Repartido No.785. XLVIIa. Legislatura. Setiembre de 2012.
- COURTOISIE, Agustín (1998). “Una propuesta para el aborto: mediadores en salud reproductiva”, en Cuadernos de Marcha, 3a. época, Año VIII, N° 145, Noviembre de 1998, págs. 11-15.
- ESER, Albin (2005). “En busca del camino intermedio: entre fundamentalismo y arbitrariedad”, en La Justicia Uruguaya, Tomo 132, Noviembre – Diciembre de 2005, Montevideo, págs. 95-104.
- GALEOTTI, Giulia (2004). *Historia del aborto*. Ediciones Nueva Visión SAIC. Buenos Aires.
- GUTTMACHER INSTITUTE (2011). Datos y gráficos disponibles en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html#.UGHonBqqjso.twitter
- LANGON CUÑARRO, Miguel (1979). *Interrupción voluntaria de la gravidez*. Ediciones de Amalio M. Fernández. Montevideo.
- PEREZ MUÑOZ, Cristian (2012). <http://razonesypersonas.blogspot.com/2012/04/el-argumento-consecuencialista-para.html>. El artículo de The Lancet puede descargarse desde: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/Sedgh-Lancet-2012-01.pdf>
- PRIESTER, J.M.(1994). “Normativa sobre el aborto provocado en Alemania”, en la Revista de la Facultad de Derecho, No.6, Enero-Diciembre de 1994. Montevideo.
- STAPFF, Cecilia (et al.) (2008). “Integralidad de la consulta en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva”, Archivo de Ginecología y Obstetricia, <http://www.sguruguay.org/documentos/revistas/ago/revista-ago-46-v2-22.pdf>