



Descentrada, vol. 1, n° 2, e019, septiembre 2017. ISSN 2545-7284
Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (CInIG)

Los abortos no punibles. Argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX

Non- punishable abortion. Medical-juridical and bioethical arguments in Argentina in the end of 20th century

Agustina Cepeda *

* Universidad Nacional de Mar del Plata. Centro de Estudios Históricos de la Facultad de Humanidades. Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades, Argentina | agustinacepeda@yahoo.com.ar

PALABRAS CLAVE

Aborto no punible
Justicia
Discurso
Bioética
Argentina

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar la construcción de una retórica argumental en los discursos de los procesos jurídicos del aborto no punible en Argentina entre 1980 -1995. Se presentan dos casos judiciales (fuero civil) de aborto legal y se examina la asociación en los fallos de la noción de viabilidad del feto con la ilegalidad de la interrupción del embarazo. Para ello exploramos los debates médicos-jurídicos y bioéticos en torno del aborto no punible y el aborto indirecto. A medida que se cierra el siglo XX, el fuero civil se presentó como un campo de batalla eficaz al momento de obstaculizar el acceso al aborto legal.

KEYWORDS

Not punishable abortion
Justice
Discourse
Bioethics
Argentina

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the construction of arguments in the discourse involved in the juridical processes of the non- punishable abortion in Argentina between 1980-1995. We outline two judicial cases of legal abortion and we examine the association made by court decision of the notion of "viability of the fetus" with the illegality of the interruption of pregnancy. For that purpose, we explore the medical-juridical and bioethical debates around the non- punishable and indirect abortion. As the 20th century is closed, the civil jurisdiction appeared as an effective battlefield to prevent the access to legal abortion.

Recibido: 21 de febrero de 2017 | Aceptado: 20 de julio de 2017 | Publicado: 19 de septiembre de 2017

Cita sugerida: Cepeda, A. (2017). Los abortos no punibles. Argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX. *Descentrada*, 1(2), e019. Recuperado de <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe019>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

1. Introducción

Los regímenes legales en torno de la interrupción de la gestación en América Latina contemplan sistemas jurídicos que castigan el aborto durante todo el embarazo hasta aquellos que penalizan solo las etapas más avanzadas de gestación.

Como señala Paola Bergallo (2010), en nuestra región, conviven el modelo de penalización total (se castiga el aborto sin excepciones); el modelo de permisos (vigente en la mayoría de los países de América Latina, especialmente en Argentina) donde se establecen una serie de causales según las cuales el aborto puede ser legal y, finalmente, el modelo de regulación del aborto que estipula plazos para la despenalización del embarazo entre 10 y 14 semanas (Uruguay, México DF, Guyana Francesa y Puerto Rico).

En Argentina, desde el año 1922, el aborto no es punible en caso de peligro para la vida y la salud de la mujer y atentado al pudor (violación de una mujer con discapacidad mental). A pesar de esto, las mujeres no accedieron con facilidad a los abortos legales. Los argumentos médicos y jurídicos se circunscribían a la versión criminalizadora del aborto, aquella que esgrime la defensa de la vida desde el momento de la concepción.¹

En este artículo, analizaré los argumentos médicos-jurídicos y bioéticos que se invocaron para impedir los abortos no punibles en Argentina especialmente entre los años de 1980 – 1995 (año en que se autorizó el primer aborto no punible por anencefalia fetal en la justicia de nuestro país).

Durante los años previos a la década de los '80, las resoluciones sobre los procesos de aborto no punible quedaban en gran parte tuteladas por los criterios de los profesionales médicos intervinientes en el caso clínico. Sin embargo, a partir del periodo señalado, comienzan a incrementarse los procesos de judicialización de los abortos no punibles.²

El artículo está organizado en dos apartados. En el primero, a partir de revistas médicas de obstetricia y ginecología, se analizó cómo se discutieron los criterios médicos de interrupción terapéutica del embarazo y cómo afectaron a los mismos el desarrollo de las nuevas terapias prenatales. En particular, se repasa cómo, a lo largo de las dos últimas décadas del siglo XX, la preocupación de la obstetricia y ginecología se centró en las cuestiones de la *viabilidad* de la vida intrauterina.

En el segundo apartado, se trata de desanudar los argumentos bioéticos de la doctrina del doble efecto (una doctrina cercana al catolicismo que habilita el aborto indirecto) a partir de un caso judicializado de aborto no punible por violación y por riesgo de la salud de la adolescente embarazada. En esta historia judicial, se condensan los dos niveles de análisis que quiero exponer en este artículo: la relación entre los avances de la biomedicina sobre la gestación (y la discusión sobre los criterios médicos de interrupción terapéutica) y los argumentos de los operadores jurídicos para impedir el acceso a un aborto legal. Se propone analizar la construcción de una retórica argumental en relación al aborto no punible y los motivos para obstaculizar el acceso a una práctica legal. Se examinan los contenidos de los temas que el fallo asocia a *la vida que vale la pena ser vivida*, a *los conflictos de intereses entre dos sujetos de derechos* y al aborto como riesgo a la vida. Los recursos discursivos son las distintas construcciones semánticas que presentan los contenidos y habilitan cierta connotación de ideas (Meccia, 2015). En los procesos de judicialización del aborto no punible, estas construcciones semánticas retoman una interpretación acotada de la bioética del doble efecto y de la medicina prenatal.

2. Los discursos médicos sobre el aborto no punible en el campo de la obstetricia y ginecología Argentina en las últimas décadas del siglo XX

Viabile

(Del fr. *viabile*, de *vie*, vida).

1. adj. Que puede vivir. Se dice principalmente de las criaturas que, nacidas o no a tiempo, salen a luz con

- robustez o fuerza bastante para seguir viviendo.
2. adj. Dicho de un asunto: Que, por sus circunstancias, tiene probabilidades de poderse llevar a cabo. (Del fr. *viable*, y este del b. lat. *viabilis*, de *vía*, vía, camino).
3. adj. Dicho de un camino o de una vía: por donde se puede transitar.

Real Academia Española.

Hacia principios de la década los '70, florece un universo de nuevas sensibilidades sobre la gestación, el embarazo, la reproducción y el aborto. Estas nuevas imágenes construyeron y retroalimentaron desde distintos campos discursivos (bioéticos, católicos, médicos, tecnológicos, sociales, culturales, jurídicos) la idea de que la mujer embarazada era *un medio* para la reproducción de la especie. Esta noción, que no era completamente nueva, tenía el ingrediente no menor de que se podía dejar de *imaginar* la vida intrauterina para *verla*. El efecto Nilsson (que hace referencia a las fotografías del Liennart Nilsson sobre la vida intrauterina que se publicaron en 1960 en la revista *Life*) fue el disparador de una nueva puericultura neonatal que depositó la preocupación de la ciencia médica, centralmente, en la *viabilidad de la vida uterina* (Duden, 1993).

La etapa que se inaugura alrededor del poder performativo del *ver-conocer* la “vida uterina” (a través de las ecografías), le otorgó materialidad a las consignas anti-aborto de los sectores que se aglutinaron históricamente bajo este posicionamiento. Es más, estos mismos actores contrarios a la interrupción de la gestación, hallaron en el discurso científico que la *demostración de la materialidad de la existencia de la vida uterina* era el soporte que transformaba a las creencias en *realidad*. Por ello, las estrategias de intervención del campo católico, médico y jurídico se asentaron en la *idea-imagen de la vida desde el momento de la concepción* (Calvo Meijide, 2004)³ y la *vida* (Irrazábal, 2015; Herrera Guevara, 2008).

La construcción científico-religiosa del hijo prenatal, en palabras de Gabriela Irrazábal (2011), se apoyó en el desarrollo de la biología molecular y en las técnicas de ecografías. Los avances en la medicina neonatal o prenatal y el aumento de las terapias de tratamiento modificaron los debates sobre la interrupción de la gestación en los casos de anomalías fetales incompatibles con la vida.

El análisis histórico de las discusiones sobre el aborto terapéutico desnuda que, además de las resignificaciones motivadas por los avances médicos-tecnológicos, los criterios médicos para indicar la Interrupción terapéutica de la gestación (ITG) debatieron qué vida se debía proteger. En las décadas donde la viabilidad fetal era menos reconocible para los profesionales, el clima eugenésico era dominante y el diagnóstico prenatal menos certero, las propuestas privilegiaban la vida de la mujer-madre (Rapp, 2013). Cuando la preocupación por el feto encontró en las tecnologías de las imágenes el *control* del riesgo de la incompatibilidad materno-fetal, la vida intrauterina cobró nuevo protagonismo frente a la discusión sobre qué tipo de procedimiento médico adoptar. Es en este escenario donde las nociones de *autonomía* y *derecho a la vida* se vuelven horizontes bioéticos que definen posiciones médicas y procedimientos técnicos (Bergallo, 2011; Tunc, 2008; Petchensky, 1987).

El eje del debate mudó cuando las ideas predominantes en torno del riesgo para la vida de la mujer se leyeron a la luz de la viabilidad fetal. Las posibilidades técnicas de resolver patologías prenatales modificaron el “sentido de la vida intrauterina”. Los casos de aborto terapéutico aparecieron para gestaciones con cáncer de la mujer embarazada o de HIV.⁴ Mientras que en las décadas anteriores las prescripciones para la ITG abarcaban desde la tuberculosis hasta el embarazo ectópico, a principios de los años '70, la preocupación en el campo de la obstetricia y ginecología estaba centrada en la puericultura prenatal. Por lo tanto, el discurso médico hizo foco en la descripción de los casos clínicos que podían evitar la pérdida del embarazo, el aborto habitual o la detención del crecimiento del embrión en el útero.

La revista de SOGIBA⁵ plasma en detalle las investigaciones clínicas de detección de los embarazos de alto riesgo,

de las patologías durante la gestación, la convivencia entre cáncer y diabetes en el embarazo, los avances de los diagnósticos tempranos de enfermedades prenatales en conjunto con las pesquisas sobre el líquido amniótico.

A lo largo de la década del '80, las técnicas de medición del retraso del crecimiento intrauterino se sofisticaron a través del ultrasonido al igual que los diagnósticos sobre madurez fetal a partir de la placenta, se modificaron los criterios en la escala del riesgo perinatal, se examinó la relación entre el diagnóstico prenatal y la posibilidad de cirugía en neonatología, se analizó la madurez fetal pulmonar a partir del suministro de corticoides y del estudio del líquido amniótico, se extendió el uso de la ecografía encefálica como diagnóstico en la perinatología y se ampliaron las variables epidemiológicas en el control prenatal, entre otros avances científicos.

La medicina de los cuidados prenatales estaba vinculada a una modificación de las ideas científicas, no sólo de las capacidades tecnológicas de detección de la vida intrauterina, sino del paso de la puericultura decimonónica centrada en la mujer a una puericultura prenatal centrada en la visibilización e intervención del embrión en el útero. La interpretación de las ecografías se tradujo en expresiones que otorgaban al feto una conexión con el mundo exterior (gestos, parecidos con la familia, movimientos que son caracterizados con la asignación de un tipo de personalidad, posibilidad de medicar, diagnosticar y conocer su bienestar y su malestar) que impactan sobre la noción de “viabilidad”. La extensión del uso de los ultrasonidos y las ecografías por imágenes en el curso del embarazo colaboró en el desarrollo de nuevas sensibilidades en torno del feto. La noción de la “vida desde el momento de la concepción” o la premisa del “embrión es una persona” adquirieron, en la promoción de estas tecnología, un sentido “de lo real”, que materializó el topos del cigoto como “sujeto de derechos” diferentes a los de la mujer madre.

El régimen de visualidad en torno de las fotografías y representaciones sobre la vida intrauterina fueron parte de las campañas de sensibilización sobre el derecho a la vida frente al aborto. Desde mediados de los años '90, la presencia de los grupos Pro-Vida en Argentina y la instalación de las “La Marcha de los Escarpines” en defensa del embrión, feto, cigoto y de los “derechos del niño por nacer”, construyeron una visibilidad a la temática del aborto en general y en particular del aborto no punible legal.⁶ Este colectivo militante, de composición profesional, ancló la idea de la vida y los derechos en la plataforma de los Derechos de los Niños de 1989 y en la fundamentación científica acerca de que el embrión es una persona.⁷

Los discursos médico-científicos sobre el aborto no punible para las dos últimas décadas del siglo XX presentaron el desafío de no tematizar la interrupción del embarazo, de minimizar las explicaciones médicas sobre el asunto cuando los casos clínicos lo requerían porque el eje de la innovación técnico-científica en torno de la reproducción era generar las condiciones para la viabilidad de la gestación. En este sentido, el impacto de estas nuevas posibilidades biotecnológicas sobre la gestación afectó el debate del aborto, no solo del aborto voluntario (donde la condena por la supresión de una “vida” ahora representada en imágenes se hizo más fuerte), sino específicamente del aborto no punible. ¿Cómo aparecen tramadas estas proposiciones científicas en los procesos judiciales sobre aborto no punible? ¿Cómo afectan las nuevas sensibilidades en torno del embrión en tanto sujeto de derechos las discusiones sobre la viabilidad y el riesgo para la salud de la mujer? En el próximo apartado, desarrollaré la doctrina bioética del doble efecto que habilita el aborto indirecto, para poder entender por qué los operadores jurídicos insisten –en los procesos de judicialización del aborto no punible– en esgrimir el argumento de la “aniquilación directa del feto” con el objetivo de no avalar la posibilidad de invocación de los argumentos de esta posición bioética.

3. La Doctrina del Doble Efecto como argumento bioético en los procesos de judicialización del aborto no punible

Débora Diniz ha señalado, en varias oportunidades, que el nacimiento de la bioética como disciplina que reflexiona sobre las decisiones médicas y científicas en América Latina estuvo fuertemente atada a parámetros de interpretación sobre el derecho a la vida, al bienestar, a la muerte, de las interpretaciones católicas. Recién en la década de los '90, la bioética se constituye como un campo profesional que empieza a alejarse de algunas

interpretaciones religiosas, especialmente con la emergencia de un escenario de discusiones feministas sobre el área (López de la Vieja Barrios, 2006; Luna, 2006; Diniz, 2001; Diniz y Guilhmen, 2000). Esta fuerte influencia de los principios religiosos sobre las decisiones en bioética médica (sobre el inicio de la vida y la muerte) quedó muchas veces determinado por la composición de los Comités de Bioética de los Hospitales y por los espacios de formación sobre Bioética.⁸ Los Comités de Bioética (que se inician en la segunda mitad de los años '80 en Argentina) estaban compuestos por médicos y asesores espirituales.⁹

Existe un intenso debate acerca de qué es lo que significa una bioética católica, y si es que existe, qué implicancias tiene. Es interesante, como definición preliminar, la idea de que esta bioética católica es una forma de interpretación y una metodología de resolución de conflictos éticos desde los principios del Magisterio de la Iglesia y del Derecho Canónico (Engelhardt, 2000). La bioética como ciencia aplicada a la ética de la vida es un campo de disputa entre interpretaciones y metodologías legítimas, entre las cuales las interpretaciones católicas sobre cómo se debe proceder en cuestiones relativas a la salud reproductiva de las mujeres, a la gestación y a los derechos a la vida se encuentran enquistadas en las concepciones de profesionales de la salud y de operadores jurídicos que intervienen por ejemplo en los casos de abortos no punibles. Es importante detenerse un poco en la descripción de la Doctrina Católica del Doble Efecto (DDE) o de la Doctrina del Doble Efecto porque es el tipo de argumentación que se encuentra en la judicialización de los abortos no punibles.

La DDE fue considerada, en el campo de debates sobre bioética, como un producto propio de la casuística de un catolicismo romano sectario, que formó parte de las discusiones filosóficas y políticas para dividir las aguas entre intención y previsión de los actos (Diniz, 2011).¹⁰ El Doble Efecto ha sido debatido en filosofía del derecho, en relación al asesinato, la defensa propia, la pena capital y el suicidio. En bioética, está en el centro de las discusiones sobre el aborto, la eutanasia, los cuidados paliativos, el suicidio asistido, la donación y el trasplante de órganos, los medios anticonceptivos de urgencia en casos de violación y la separación de siameses (Mark, 2008; Mallia, 2005; McIntery, 2004; Kaczor, 2003; Dubois, 2002; Kamm, 1999; Quill y Dresser, 1997).

Mark Aulesio (2008) plantea que, en su forma contemporánea, el Doble Efecto es un principio que consta de dos partes articuladas del siguiente modo: una acción con varios efectos, buenos y malos, es aceptable si y sólo si (1) no pretende provocar el mal (los malos efectos) ni como un medio ni como un fin y (2) existen razones proporcionadas para provocar el mal (los malos efectos). La primera condición, que precede a la segunda, implica la limitación deontológica formulada en los términos de distinción entre la intención/previsión. La segunda condición, una razón proporcionada, se considera de naturaleza consecuencialista. Es interesante lo que este autor señala: tanto la versión tradicional de la DDE de cuatro principios como las más modernas de sólo dos, se aplican de manera diferente en casos similares. Por ejemplo, en el terreno de los conflictos materno-fetales, la versión tradicional ha prohibido la craneotomía y si permite la histerotomía en casos de mujeres embarazadas con cáncer de útero. Sin embargo, en las versiones más modernas pero menos utilizadas, no se establecen grandes diferencias entre ambas situaciones.¹¹

Las acciones permitidas bajo la DDE son: a) la práctica de la histerectomía a una mujer embarazada con cáncer de útero; b) la intervención médica en casos de embarazos extrauterinos, c) la medicación con paliativos que aceleran la muerte, d) poner en riesgo la propia vida si es necesario (desde una cirugía hasta acciones heroicas); e) matar en defensa propia y f) el bombardeo estratégico durante la guerra. En cada uno de estos casos, se dice que el mal no es buscado y que el bien a alcanzar es proporcional al mal previsto. Bajo estas premisas, el aborto terapéutico para la mujer cuya vida corre peligro está permitido en el marco de la DDE. Esta práctica médica estaría bajo la salvaguarda del Doble Efecto porque la muerte del embrión o del feto no se desearía intencionalmente (como sí lo es en el caso del aborto) sino que sería un efecto no deseado, no previsible para salvar la vida de la madre. Estos argumentos se han sintetizado, de alguna manera, en la prohibición del aborto directo (aquel intencionado/previsto/planificado) y en la autorización del aborto indirecto, aquel que es resultado de una acción que tiene doble efecto. Es decir, habría posibilidades para permitir un aborto terapéutico indirecto: recordemos que ésta es la figura de los abortos no punibles en nuestro código penal. La posibilidad del aborto indirecto se evalúa médicamente, por lo tanto, este tipo de argumentación bioética se diluye cuándo la viabilidad del feto es reconocible y certera y cuando no se interpreta como un riesgo para la vida la salud de la mujer embarazada. A

continuación presento el caso sobre judicialización de un aborto no punible.

3.1. “A ella no le gusta tener un bicho en la panza”

En 1988, se tramita un caso de autorización de aborto no punible de una menor de 15 años con discapacidad intelectual que es violada en el instituto de menores donde estaba internada. Su diagnóstico médico era un déficit mental compatible con oligofrenia que requería medicación para evitar “exteriorizaciones espásticas”. cursaba un embarazo de 20 semanas y, estando internada en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires para la interrupción terapéutica de la gestación (previa denuncia), el asesor de menores e incapaces de la Cámara de Apelaciones en lo Civil se hace presente interponiendo un recurso para evitar el aborto.

En primer lugar, el relato del asesor se centra en destacar la capacidad de comprensión de la menor en relación a los intercambios sexuales con el empleado del Instituto Frenopático donde estaba internada, intentando resaltar que la menor “entendía” la relación entre esos intercambios y ese “algo” que identificó, según el asesor, como un “bebé”. La primera idea fuerza del escrito es remarcar la capacidad de comprensión de la menor para desvirtuar la idea de violación y destacar el consentimiento de las relaciones sexuales mantenidas.

“(…) Sabe que (…) lleva en su seno <algo> que llega a identificar como un <bebé>, aunque su madre y el juez le han dicho que es un bicho y que se lo van a sacar; que a ella no le gusta <tener un bicho en la panza>”.

El asesor continúa su escrito aduciendo que, cuando le explicó a la menor que no tenía un bicho sino un bebe,

“demuestra que tiene alguna comprensión respecto de la diferencia entre ambos seres, como si naturalmente se diera cuenta de que el bebé es algo valioso o importante en tanto que <un bicho>, no”.

El escrito presenta una contradicción: la menor está internada para que se le realice un aborto terapéutico y el asesor dice que no hay autorización médica para ello y que la menor lleva más semanas de gestación que las que se permiten en caso de aborto no punible (esto no está estipulado por la ley, sino que es criterio médico). Finalmente, señala que es un riesgo para la vida de la menor la anestesia general de la intervención y que la “práctica” acarrea la posibilidad de lesiones uterinas de carácter “irreversible”. En este sentido, plantea que, para proteger especialmente al *nasciturus*,¹² solicita una medida cautelar urgente, “haciéndole saber al director del Hospital de Clínicas que debe abstenerse de practicar maniobras abortivas en la menor M.E.S.”.¹³

El asesor interviene frente a una denuncia de violación en su carácter de “tutor de los incapaces” (que en este caso “son dos, la madre enferma mental y menor de edad y la persona por nacer”), para detener el procedimiento.¹⁴ Los médicos dicen, según consta en el fallo, que el “aborto no es necesario para preservar la salud de la madre” y que tampoco caben “invocar razones eugenésicas porque ello constituía una grave violación al concepto de derecho donde la persona es el bien superior y su vida se justifica frente a toda alternativa”. El asesor finaliza su escrito justificando su intervención:

“Ignoro el fundamento y la autoridad de quien habría ordenado matar al <nasciturus> que porta en su seno la menor M.E.S., pero en representación del mismo habida cuenta de la manifiesta incapacidad de su madre, pido su amparo y planteo la inconstitucionalidad de aquellas normas del derecho penal en que se hubiera pretendido fundar una decisión que importaría tanto como el “derecho a matar” a un ser inocente”.

El único riesgo para la salud de la madre, en este fallo, es el aborto. Sobre la incapacidad de la menor, el asesor señala que “hasta que no haya sido decretada no puede denominarse ‘demente en sentido jurídico’”. El Asesor denuncia que, en este caso, no sólo no hay una declaración de incapacidad, sino que tampoco hay una autorización del Ministerio de Menores a los padres para la ejecución del aborto, por lo que toda “eventual decisión es nula”.¹⁵

Alejandro Molina propone un “guardador para el *nasciturus*” para luego de producido el nacimiento, ya que la madre de la menor habría solicitado el aborto. Al final del fallo, sentencia “la inconstitucionalidad de toda norma de carácter penal que se quiera invocar para justificar un aborto como el de autos donde no está en peligro la vida de la

madre”, por violar el derecho al vivir y el derecho a nacer del *nasciturus*.

Este es uno de los casos donde se aplica la interpretación más restrictiva de la ley: no existen en la historia clínica, ni en las opiniones de los obstetras del Hospital “riesgo para la salud de la madre”, el riesgo lo constituye el uso de anestesia general para la “madre”, en caso de realizar la interrupción. No existe evidencia de malformaciones en el feto, no se trata de un aborto eugenésico ni terapéutico. El *nasciturus* es una persona porque ya existe en el vientre de su “madre”, tiene derecho a la vida y a nacer amparado por los derechos humanos. A las acciones que se describieron más arriba del asesor de menores, se agrega como argumento final: “que frente a la oposición de intereses entre el *nasciturus* y su progenitora, deben respetarse el derecho a la vida y el derecho a nacer”.

Este caso permite analizar cómo se construyen los argumentos para no autorizar el aborto legal: a) el discurso médico sobre el riesgo para la vida de la madre y la noción de salud restringida a la viabilidad de la gestación; b) la negación de la figura del aborto eugenésico o terapéutico (recuperando la figura del “aborto indirecto”) y quitando de esta manera la posibilidad de la aplicación del DDE.

Resulta interesante señalar que no reconocer el riesgo para la salud de la madre por parte del Asesor de Menores, va más allá de interpretar restrictivamente el artículo 86 del C.P. Esa insistencia en demostrar la “viabilidad del *nasciturus*/feto” y la salud de la madre tiene como objetivo último evitar la aplicación jurídica y moral de la DDE en el caso. Esta doctrina se basa en la justificación de aquellas acciones que tienen buenos y malos efectos, admitiendo permisivamente su ejecución si se intenta lograr el buen efecto como objetivo primordial y directo. El mal efecto debe ser una consecuencia indirecta de la acción y no puede ser evitado. El resultado positivo debe ser producido por la acción y no por el efecto negativo.¹⁶

El asesor insistió en varios momentos del fallo en no considerar que el caso se podía caratular bajo la figura del *aborto eugenésico* y en dejar en evidencia la contraposición de intereses entre la madre y el niño. Estos recursos argumentativos se introdujeron con el objetivo, no sólo de no reconocer la configuración de un caso de aborto no punible para la ley, sino también, para evitar que se considerara este caso como una excepción de *aborto indirecto* que podía ser exceptuado bajo la DDE. La cuestión del aborto es presentada como un *mal absoluto* (contraposición de intereses entre dos personas) que no tiene ningún tipo de excepcionalidad médica (eugenésica o terapéutica), legal (aborto no punible por violación) o moral (no era un caso de aborto indirecto).

Este tipo de argumentaciones son las que más se encuentran en las denegaciones a la autorización de los casos de abortos no punibles. El proceso judicial que aquí se presenta inicia desestimando la configuración de la excepción médica (riesgo para la salud), legal (no es eugenésico ni terapéutico) y moral del aborto (no configura para la aplicación de la DDE).¹⁷ En 1989, una mujer solicita al Juez Remigio González Moreno la autorización para abortar en un hospital público. Nélide, de 21 años, quedó embarazada después de reiteradas violaciones. La demanda estaba basada sobre el artículo 86, inciso 2, del Código Penal, evocado anteriormente. Nélide había llegado a Buenos Aires para realizar trabajos domésticos en casas de familia. Cayó en manos de una organización de trata de personas y pasó cinco días secuestrada en el departamento de Néstor Aláiz, que la violó en reiteradas oportunidades. Logró escapar y denunciar a la policía este hecho. Poco tiempo después, en el Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”, un test confirma la existencia de un embarazo de un mes. Nélide solicita a un juez la autorización para abortar. El caso toma estado público en varios diarios y reconocidas personalidades piden por la autorización del aborto. El juez González Moreno, en un fallo del 2 de junio de 1989, afirma que “determinará la no punición del aborto que ya fuese practicado, pero que no puede autorizar un homicidio”. La despenalización *ex post*, además de no respetar el articulado sobre el aborto no punible, obliga a la mujer a la clandestinidad de la práctica. Es decir, se puede absolver la pena del delito ya efectuado, pero no se puede autorizar a que se cometa un delito.

Esta lógica aplicada al caso de Nélide a través de los argumentos del juez González Moreno, es la lógica que algunos operadores de la justicia argentina establecieron como *modus operandi* más efectivo en torno del delito de aborto: prohibir lo que está permitido (no extender autorizaciones o interponer recursos legales para la práctica del aborto no punible) y absolver lo que está prohibido (los abortos clandestinos penados por la ley).

En el fallo del citado caso se establecieron las siguientes resoluciones: 1- Declarar el Derecho a la vida de toda persona por nacer; 2- No hacer lugar a la demanda de la mujer que solicita la autorización para hacerse un aborto; 3- Declarar inconstitucional el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal por ser contrario al artículo 33 de la Constitución Nacional que declara la protección del derecho a la vida. González Moreno afirmó que “este aborto (refiriéndose al inciso 2 del artículo 86 del Código Penal) es considerado como una causa de disculpa, pero para que este procedimiento legal funcione, el ‘hecho debe ser cometido’. La demanda de una autorización invierte el orden lógico de las cosas, si la mujer desea abortar, que lo haga, pero no puede de ninguna manera pretender sustituir su responsabilidad penal (por la del) juez (...). Si el juez permite u ordena el aborto, él será el verdadero criminal de esta historia”.

Poco tiempo después, el juez Eduardo Gerome ofreció una interpretación diferente a la de González Moreno. Una mujer violada anunció, luego del proceso contra su violador, que ella iba a abortar. El juez, que se declara personalmente en contra del aborto, señaló, sin embargo, que el tribunal

“no autoriza ni se opone al acto, porque éste es una decisión que concierne a la esfera de las mujeres. Este es un acto que no está prohibido y que no es necesario autorizar”.

El escenario jurídico y la jurisprudencia no parecían incorporar las discusiones en distintos espacios de la sociedad civil. En el marco de la reapertura de los Encuentros de Mujeres en los años '80, la salud reproductiva (aún no se pensaba en la clave de derechos reproductivos) se instaló paulatinamente en los espacios militantes de mujeres y en los espacios feministas.¹⁸ En 1988, se constituye la Comisión por el Derecho al aborto en Argentina a favor de la legalización del aborto.¹⁹ Para los inicios de los años noventa, se iniciaba, por un lado, con los colectivos de mujeres, ONGs y agrupaciones feministas discutiendo y diseñando estrategias para hacer visible la problemática de la clandestinidad de la interrupción del embarazo; por el otro, el gobierno de Carlos Saúl Menem endurecía los discursos sobre la anticoncepción y el aborto, hasta el paroxismo de pretender incorporar en los debates constituyentes de 1994 la cláusula de la “vida desde el momento de la concepción”.²⁰

La apertura de los mencionados Encuentros de Mujeres en Argentina, desde 1986, y la participación de las argentinas en las redes feministas latinoamericanas cimentaron las bases para pensar una consigna de articulación entre la problemática específica del aborto y la salud reproductiva. Hay que recordar que, en 1990, en el marco del V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe en Argentina se estableció el día internacional por la despenalización y legalización del aborto en América Latina y el Caribe.

Se comenzó a exigirle al estado, entonces, garantías constitucionales para el ejercicio de la salud reproductiva bajo distintos formatos: programas de salud sexual y procreación responsable, leyes de educación sexual obligatoria, programas de planificación familiar y proyectos de ley para la legalización y despenalización del aborto.²¹

Las estrategias de obstaculización de los abortos legales lograron eventualmente su cometido judicializando las autorizaciones en casos de abortos no punibles bajo el argumento del “aborto indirecto innecesario” (Semán, 2007).

El desplazamiento de las preocupaciones sobre las enfermedades en el cuerpo de la mujer a la emergencia de las preocupaciones por el cuerpo de la mujer gestante y al creciente interés médico-técnico por la “viabilidad” del “producto de la concepción” y el paso de la ansiedad por la *viabilidad* del feto al momento del nacimiento a las preocupaciones por la viabilidad desde el “*momento de la concepción*” forman parte de las representaciones que establecen las coordenadas de las discusiones sobre la no punibilidad del aborto. La justicia civil es el terreno donde estos puntos de fuga pudieron actuar más libremente a través de la agencia de los operadores jurídicos contrarios al aborto en cualquiera de sus formas. La eficacia estaba dada por la modalidad de impedir una solicitud y no, como en el derecho penal, de castigar una práctica. El discurso antiabortista desnudó todas sus verdades y modalidades de agencia en los procesos de judicialización de los abortos no punibles. Frente al reconocimiento de los jueces, abogados, fiscales, médicos y militantes católicos de la ineficacia del derecho penal, este otro fuero se presentó como un nuevo campo de batalla para impedir el aborto legal con éxito.

3.2. Anencefalia y el funeral prolongado

En 1995, el Comité de Bioética del Hospital de la Comunidad de Mar del Plata debió resolver sobre un caso de anencefalia.²² Los Comités de Bioética Hospitalaria, los equipos y de salud y un juez (del Tribunal de familia o del Tribunal de Menores) intervenía en el proceso de autorización de la práctica. La cuestión sobre cuál debía ser la decisión frente al diagnóstico de inviabilidad o viabilidad fetal frente a la necesidad clínica de la madre de interrumpir la gestación, se transformó en materia de debate médico y jurídico. Los estudios para la Argentina sobre la prevalencia del DTN entre 1965 y 1992 estimaron una tasa de 3,55/10.000 en los recién nacidos vivos y de 185/10.000, en los mortinatos (Castilla, López-Camelo, Paz; 1995), y se detecta por imágenes antes de la semana 22 de gestación. Estos fetos que sólo desarrollan del Sistema Nervioso Central la médula espinal y el tronco cerebral, son insensibles al dolor y sufrimiento y sólo tienen acciones reflejas en funciones vegetativas como la respiración, la temperatura y el tono muscular.

Los profesionales del Comité decidieron que respetarían la autonomía de la subjetividad de los actores implicados y la “certeza de la inviabilidad de los fetos anencefálicos”. La argumentación del Comité fue que el riesgo para la gestante era un problema médico que no debía judicializarse. En su documento, cuestionaron fuertemente los plazos que la Corte Suprema de Justicia y los proyectos que planteaban que, para interrumpir el embarazo, debían esperar la edad gestacional en que un feto normal alcanza la viabilidad (Comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, 1997). Vale recordar que hasta la década de los ‘70, las formas de definición de los casos de fetos nacidos con malformaciones eran presentadas bajo el nombre de “monstruos”, su viabilidad no era un problema ni su vida. Será a partir de esta década que las preocupaciones sobre estas patologías de la viabilidad del feto son estudiadas y conceptualizadas.

El juez de la causa de anencefalia que se analiza en este apartado, Pedro Hooft, se hizo cargo del amparo que recayó en el fuero penal porque se solicitó la aplicación del artículo 86 inc. 2 del Código Penal. En su alegato, explicó que tuvo en cuenta para formalizar su postura “la absoluta incompatibilidad del feto anencefálico con la vida extrauterina siempre y con la vida intrauterina a menudo”. También, centró su argumento en la idea abarcadora de salud integral como un derecho humano, el riesgo para la vida de la madre y el daño de la salud psíquica “a causa de la continuación de un embarazo sin futuro, con las angustias propias de una situación que tan gráficamente calificara James Drane como propias de un *funeral prolongado*”. Por ello, se estima que el derecho constitucional a la vida del nasciturus no se vea afectado por una inducción prematura del parto dado que, finalmente, su muerte será siempre el resultado irremediable de su grave patología congénita para la cual, en el actual estado de la ciencia, no existe terapia posible alguna. En la sentencia, se asigna importancia suma al respeto de la conciencia moral de las personas involucradas, en un proceso de deliberación que parte, a su vez, de un profundo respeto por la vida y la dignidad del ser humano y, al mismo tiempo, de la protección de la salud como valor y derecho fundamental (Hooft, 2000). La sentencia, finalmente, autorizó al hospital público a practicar una inducción anticipada del parto o la realización de una operación cesárea según las reglas de la medicina obstétrica.²³ El juez, también, aclaró que si mediara objeción de conciencia de alguno de los miembros del equipo de salud involucrado, la institución debía garantizar los reemplazos pertinentes.

Esta sentencia generó, en los años inmediatos y posteriores, un debate sobre la jurisprudencia al respecto de la viabilidad del feto y el aborto. No sentó los precedentes esperados: entre el 1999-2006 distintas sentencias, en diferentes fueros, denegaron autorizaciones en situaciones similares.²⁴ La malformación fetal tenía que ser incompatible con la viabilidad fuera de útero y, además, tenía que poner en riesgo la vida de la mujer gestante para ser autorizada. A lo largo de la década de los ‘90, los tribunales se mostraron conservadores en relación a las reivindicaciones vinculadas al aborto. Las sentencias y las decisiones de los jueces evidencian una dinámica ambivalente, en donde a pesar de la existencia de jurisprudencia sobre la despenalización para el periodo analizado, las digresiones de los operadores de justicia promovieron la imposibilidad del acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

4. Conclusión

Hacia fines del siglo XX, la legislación sobre el aborto no punible y sobre el aborto en Argentina no sufrió modificaciones. A pesar de la creciente (pero lenta) visibilización del tema en la agenda pública y de los esfuerzos de los colectivos feministas, el siglo cerró sin innovaciones en la materia. Los abortos no punibles tienen tres dimensiones de discusión: cuando la vida de la mujer embarazada corre riesgo; cuando la gestación es producto de una violación y cuando el feto no tiene *viabilidad* por malformaciones.

El primer caso judicial que se presentó condensa dos de las tres cuestiones: una adolescente menor de edad oligofrénica es violada y queda embarazada. Los operadores jurídicos y los agentes de salud se mostraron reticentes a la interrupción de la gestación y la objetaron (sin refugiarse en la figura de la objeción de conciencia) a partir de señalar la compatibilidad de la condición física de la menor con la “viabilidad del embarazo”. El asesor de menores se sumó a este orden discursivo e ideológico.

Se recupera aquí la DDE porque, cuando se analizaron las intervenciones del asesor de menores, se halló una insistencia en dejar asentado que, de autorizar la ITG, se produciría un aborto directo sobre el feto viable. A partir de rastrear las interdiscursividades de su argumento, encontré que la noción de aborto directo e indirecto no eran expresiones legales estrictamente, sino que eran nociones que remitían a discusiones bioéticas. Así es como la DDE se transforma en un objeto de análisis: para poder explicitar cómo en los argumentos legales se juegan éstas líneas interpretativas acerca del aborto. La necesidad de demostrar la agresión hacia el embrión (por parte del argumento legal) no afectaba la configuración del aborto no punible, pero sí contribuía a la argumentación acerca del aborto directo que no tiene ningún tipo de justificación moral y bioética. Juegan en el terreno legal estas otras expresiones que se transforman en acciones ideológicas que obturan el acceso a los derechos.

La autorización para interrumpir una gestación con feto anencefálico, en 1995, el segundo caso que se analizó, sentó las bases de una primera interpretación sobre el tema, pero no significó que otras historias similares tuvieran la misma resolución. Por el contrario, el aumento de diagnósticos sobre patologías fetales en estados avanzados del embarazo (por mala praxis, problemas en el acceso a la salud) y las demoras propias de la judicialización continúan obstaculizando el acceso al aborto no punible en estas situaciones.

Los casos de judicialización del aborto no punible irán aumentando hacia fines del siglo XX y darán que hablar aún en el siglo XXI. En este artículo, se intentó explorar cómo se construyen y qué retóricas intervienen en los argumentos para impedir legalmente un aborto no punible que es legal ante la ley. Una línea de trabajo futura será rastrear, en el nuevo siglo, si estas estrategias discursivas de los operadores jurídicos y médicos se continúan utilizando y si tienen el mismo efecto.

Notas

¹ Desde las primeras versiones del código penal argentino, en el siglo XIX, el aborto está penalizado en función de la protección de la vida del embrión, en contradicción con lo estipulado por el Código Civil que no reconoce la adquisición de derechos de personas a las que no nacieron. El texto actual del articulado del delito de aborto es el original del Código de 1922, excepto un solo artículo, justamente el que tipifica la no punibilidad de los abortos terapéuticos que tuvo desde entonces cuatro reformas en su redacción, la última de las cuales data de 1984. La primera reforma, de 1968, agregaba la palabra “grave” al articulado sobre el riesgo para la vida o la salud de la madre. Este articulado estuvo en vigencia hasta 1973, cuando se retoma el texto original de 1921. En 1976, vuelve a ser reincorporada la noción de “grave” que fue derogada, finalmente, por la Ley 23.077 del año 1984, que reimpuso la redacción original del Código Penal de 1921. Desde el año 1984 a la fecha, se presentaron ante el Congreso Nacional de la República Argentina más de una docena de proyectos de reforma a la Ley actual sobre la penalización de las maniobras abortivas que nunca llegaron a discutirse.

² Para el período 1990-2009, en todo el país, se informan 447 condenas por aborto, que incluyen no sólo a las mujeres que abortaron. La amplia mayoría de las condenas se dictó en la primera década relevada (Bergallo 2010, p. 41).

[3](#) Calvo Meijide (2004) plantea cómo el actual avance de la genética permite extender al nasciturus el status de la persona basándose en la identidad del programa vital.

[4](#) El primer caso referido en la bibliografía médica sobre sida y embarazo fue en el año 1984, publicado por Rawlinson, 1984. El primer caso de una mujer embarazada con HIV en Argentina data del año 1987 (Domínguez Mon, 1997).

[5](#) Publicaciones de la Revista de SOGIBA: Koremblit y otros (1980); Schnnap (1981); Duverges (1982); Lede y otros (1983), Aguirre y otros (1984).

[6](#) En el año 1973, se reunieron padres de familia de colegios católicos para formar una institución que defendiera los valores de la familia. Entonces, se propuso el nombre que hoy lleva: Asociación para la defensa y la promoción de la familia – Pro Familia. En agosto de 1983, se convocó a los socios a una Asamblea Constitutiva donde se presentó y aprobó el Estatuto de la institución. En el año 1989, se creó el “Servicio a la Vida” como una respuesta concreta a la situación de las mujeres en conflicto ante la decisión de conservar su hijo o abortar. Se les mostraba ilustraciones de la existencia de la vida desde el momento de la concepción y se les informaba las graves consecuencias psíquicas y físicas del aborto en la mujer. En 1993, inauguraron el Hogar Maternal “Casa Nuestra Señora de Nazaret”. Participaron activamente en la recolección y entrega de firmas a la Convención Constituyente de 1994 para pedir que se *incluyera la protección de la vida* desde el momento de la concepción. Forman parte del Seminario de Planificación Familiar Natural del Instituto de Bioética de la UCA desde 1995.

[7](#) El trabajo de campo de Irrazábal (2010, 2011) sobre el accionar de los grupos pro-vida en Argentina y la *performance* de *La marcha de los escarpines* en la ciudad de Buenos Aires revela las formas de acción en los Comités de Bioética de este colectivo militante antiabortista.

[8](#) Es un campo de discusión entre aquellos que relatan la historia del campo de la bioética como un campo profesional. Hay un consenso en periodizar que la segunda mitad de la década de los '90 es el auge de las discusiones en bioética a partir de las tecnologías que permitieron al clonación de un mamífero (Irrazábal, 2010).

[9](#) En 1995, se funda la carrera de Bioética en la Universidad Católica de Argentina, en la ciudad de Buenos Aires.

[10](#) La distinción entre los efectos buscados y los meramente previstos de una acción voluntaria es esencial para la ética cristiana. El cristianismo prohíbe una serie de acciones por ser malas en sí mismas. Ahora bien, esas acciones “malas” en sí mismas, pueden terminar teniendo efectos buenos.

[11](#) La DDE ha sido formulada de muchas formas diferentes. Puede verse al respecto el trabajo de Marquis (1991).

[12](#) El destacado es propio. Nasciturus es la persona jurídica por nacer. Hasta 1994 no estaba contemplado en la Constitución de nuestro país. Existen varias líneas de debate dentro del derecho para interpretar y establecer cuáles con las garantías y los derechos del nasciturus, al igual que en el campo de la bioética.

[13](#) El destacado es propio. Dictamen del Asesor de Menores de Cámara, Alejandro Molina, en el caso “S. M. E.”, Juzgado N° 25 en lo Civil y Comercial, sentencia del 26 de abril de 1988, ED 132-457.

[14](#) En este caso el Asesor de menores cita los artículos 59 y el artículo 66 Inc. 3 y 67 del Código Civil. El artículo 234 del CPCC.

[15](#) 20 años después, en la ciudad de Mar del Plata, un caso idéntico llegó hasta la Cámara con fecha 14 de Febrero de 2007. El Tribunal de Menores n° 1 del Departamento Judicial de Mar del Plata, en causa n° 40.939 "O. M. V. s/Víctima de abuso sexual – Mar del Plata", resolvió: 1) No hacer lugar al pedido de las Asesorías de Incapaces intervinientes en cuanto al nombramiento de un curador ad litem para el nasciturus; 2) Conceder autorización para la interrupción del embarazo de la menor causante, previa realización de todos los estudios médicos necesarios para determinar que la práctica puede llevarse a cabo según las reglas de la *lex artis*; 3) Disponer la preservación del producto de la gestación a fin de salvaguardar la prueba de cargo que contribuya al esclarecimiento del delito investigado. Con fecha 21-02-07, la Sala Segunda de la Excma. Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de Mar del Plata, reunida en acuerdo ordinario a los efectos de dictar sentencia en los autos:

"O., M.V. s/ víctima de abuso sexual", resolvió rechazar el recurso de apelación interpuesto por la Asesoría de Incapaces n° 1 departamental, confirmando íntegramente la sentencia de fecha 14-02-07 dictada por el Tribunal de Menores n° 1. Asimismo, dispuso comunicar la decisión al Sr. Juez de Garantías que entiende en la IPP n° 223.473, a los fines de que disponga las medidas necesarias para la conservación de las pruebas y las notificaciones que estime pertinentes.

[16](#) Miranda Montecinos, 2008; Martínez Vivanco, 2004. No es casual que la apelación al uso jurídico de la DDE y la mayor producción sobre el tema se produzca en Chile, un país prohibicionista absoluto en torno de las excepciones del aborto. Para el caso argentino puede verse el trabajo de Manrique (2007).

[17](#) Juzgado de Instrucción Rosario, 4/11/1987."N.N.", Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional18, 2/06/1989. "NN", Juzgado 26 en lo Civil a cargo de Adolfo Repetto, sentencia del 27 de agosto de 1985, JA 1989-III-355, y el dictamen del Asesor de Menores de Cámara, Alejandro Molina, en el caso "S., M. E.", Juzgado N° 25 en lo Civil y Comercial, sentencia del 26 de abril de 1988, ED 132-457. de S., H. C. y S., C. A. s/autorización", Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala A, voto de Hugo Molteni y Ana María Luaces, sentencia del 9 de octubre de 1996, ED 172-299. 28 A. de A., M. L., Juzgado de Primera Instancia de Mar del Plata, 12 de agosto de 1991, *La Ley* 1991-E-567.

[18](#) Dos de las líneas más ricas sobre la definición de derechos reproductivos son las trazadas por Freedman e Isteph (1993); y Cook (1993). La definición de salud reproductiva fue elaborada por Fathalla (1987), en un trabajo desarrollado en la Organización Mundial de la Salud. El concepto fue adoptado y ampliado en la Conferencia Internacional de Población del Cairo en 1994 y tuvo su redacción final en 1995, en la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. La Plataforma de Acción Beijing es el documento más completo producido por una Conferencia de Naciones Unidas en relación a los derechos de las mujeres e incorpora lo logrado en las conferencias y tratados anteriores, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la CEDAW y la Declaración de Viena. Reafirma las declaraciones del Cairo. Se reconoció, también, que los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre su sexualidad y su reproducción y llamo a revisar las leyes que prevén castigos para las mujeres que han recurrido al aborto. Planteó, además, reforzar la legislación que protege los derechos de las mujeres.

[19](#) Su primera publicación nació en 1989 y se llamó "Nuevos aportes sobre el aborto". Este grupo —en conjunto con Alfredo Palacios, María José Lubertino y González Gass— presentó, en 1992, el primer proyecto de ley sobre despenalización del aborto.

[20](#) Recién en los años '90, a través de los debates sobre los derechos reproductivos y de la participación Argentina en las distintas Conferencias Internacionales de Población y de la mujer, las discusiones sobre la despenalización del aborto y la legalización de esta práctica cobraron más fuerza. Un punto álgido de la introducción definitiva del tema en la agenda política y pública fueron las propuestas de la Convención Constituyente, en 1994, sobre la reforma de la Constitución Nacional. Allí, se promocionaba desde el gobierno oficialista la consigna de "la vida desde el momento de la concepción" y se oponía a la regulación de cualquier práctica abortiva extendiendo sus consideraciones sobre lo que constituía un aborto incluso hacia la anticoncepción hormonal. La existencia de un espacio de participación política concreto para las mujeres (la reforma de la ley de cupos) en las cámaras, introduce la polémica en el debate parlamentario.

[21](#) Las fuentes para reconstruir los índices de mortalidad materna son tres: los registros hospitalarios, los certificados de defunción y las encuestas retrospectivas. En Argentina la ilegalidad del aborto hizo imposible construir estadísticas completas, de larga duración e indicadores de la magnitud de las maniobras abortivas en nuestro país. La OMS define la defunción materna como la "muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

[22](#) La anencefalia es uno de los defectos congénitos del cierre del tubo neural (DTN), grupo de malformaciones relativamente frecuente en la especie humana. El término anencefalia no es quizás muy preciso, debido a que sugiere una ausencia del encéfalo, cuando lo que en realidad ocurre durante la embriogénesis de estos seres es la destrucción, en grado variable, de las diferentes estructuras que constituyen el encéfalo, definido éste como “parte del sistema nervioso central contenida en el cráneo (Botto et al., 1999). A fines de los años ochenta, se descubrió el efecto protector del ácido fólico sobre esta patología.

[23](#) Juzgado en lo Criminal y Correccional N° 3 de Mar del Plata, “G. de A., A. L. s/ Acción de Amparo”, causa 47.136, 30/12/96.

[24](#) En el 2001, la Corte Suprema de Justicia de la Nación se refiere al caso de anencefalia. Pero, luego, Tribunales inferiores no hicieron caso de lo establecido o alguno de sus miembros votó por la negativa con los argumentos de la viabilidad fetal. “La corte autorizó a inducir, prematuramente, el parto de un feto que padece anencefalia. Cuando los derechos de la mujer son un bien a proteger”, *Diario Página 12*, 1 de enero del 2001.

Bibliografía

Aguirre, Eugenio (1984). Resultados perinatológicos en relación al tipo de control prenatal. En V Conferencia de la SOGIBA. *Revista de la SOGIBA*, 846, 798-807.

Aulisio, Mark (2008). Histerectomías, craneotomía y casuística: dar sentido a las aplicaciones tradicionales de la Doctrina del Doble Efecto. *Azafea: revista de Filosofía*, 10(108), 77-103.

Bergallo, Paola (2009). A propósito de un caso formoseño: las intervenciones y el discurso judicial sobre aborto. En Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. *Derechos de las mujeres y discurso jurídico. Informe Anual del Observatorio de Sentencias Judiciales*. Buenos Aires?: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Bergallo, Paola (2011). *Aborto y justicia reproductiva*. Buenos Aires: Ediciones del Puerto.

Botto, Lorenzo et al. (1999). Neural-tube defects. *New England journal of medicine*, 341(20), 1509-1519.

Calvo Mejjide, Alberto (2004). El Nasciturus como sujeto de derecho. Concepto constitucional de persona frente al concepto pandecista-civilista. *Cuadernos bioética*, 15(54), 283-298.

Castilla Eduardo; López Camelo, Jorge Santiago y Paz, Juan (1995). *Atlas sudamericano de malformaciones congénitas*. Rio de Janeiro: Fundación Osvaldo Cruz.

Comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata (1997). Consideraciones Éticas acerca del Embarazo Anencefálico. En III Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de la Asociación Argentina de Bioética, Huerta Grande (Córdoba), Argentina. Publicado también en *Revista Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas* (1998), 56(4), 231-234.

Cook, Rebecca (1993). International human right and women’s reproductive health. *Studies in family planning*, 24, 73-86.

Checa, Susana y Rosenberg, Mabel (1996). *Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires: Editorial El Cielo por Asalto.

Diniz, Debora (2001). *Conflitos morais e bioética*. Brasília: Letras Livres.

Diniz, Debora y Dirce, Guilhem (2000). *O que e la bioética?* Rio de Janeiro: Brasiliense.

Domínguez Mon, Ana (1997) ¿Quién cuida de las mujeres? El VIH SIDA en la Atención Pública de la Salud. Síntesis de Investigación. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 16 (1).

Dubois, James M. (2002). Is organ procurement causing the death of patients? *Issues in law and medicine*, 18, 21-41.

- Duden, Bárbara (1993). *Disembodying women: perspectives on pregnancy and the unborn*. Cambridge: Harvard University Press.
- Duverges, Carlos (1982). Diagnóstico ecográfico de atresia esofágica prenatal. Presentación de un caso, Segunda Sesión Científica, 12 de agosto. *Revista de la SOGIBA*, 120-124.
- Engelhardt, Tristram Christian Jr. (2000). *The foundations of Christian bioethics*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Fathalla, Mahmoud (1987). El largo camino a la muerte materna. *People*, 14 (3), CEDES.
- Freedman, Lynn e Issac Stephen (1993). Human rights and reproductive choice. *Studies in family planning*, 24, 18-30.
- Herrera Guevara, Asunción (2008). Nueva retórica del concepto de vida. *Revista CTS*, 10 (4), 229-240.
- Hoof, Pedro (2000). Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas. *Acta Bioethica*, 6(2), 265-282.
- Irrazábal Gabriela (2010). Bioética y Aborto. Dificultades en torno de una identidad colectiva en *Religio y Sociedade*, 30(1), 101-116.
- Irrazábal, Gabriela (2011). El útero abraza y hamaca al cigoto en su interior. La construcción científico-religiosa del hijo prenatal (pp. 53-73). En Felliti, Karina. *Madre no hay una sola. Experiencias de la maternidad en Argentina*. Buenos Aires: Ciccus.
- Irrazábal, Gabriela (2015). La religión en las decisiones sobre aborto no punible en Argentina. *Revista estudios feministas*, 23, 735 – 759.
- Kaczor, Christopher (2003). The tragic case of Jodie and Mary: questions about separating conjoined twins. *The linacre quarterly*, 70(2), 159-170.
- Kamm, Frances (1999). Physician-assisted suicide, the doctrine of double effect, and the ground of value. *Ethics*, 109, 586-605.
- Korembli, Eugenio (1980). Evaluación de una escala de riesgo perinatal como predictor del riesgo neonatal, Cuarta Sesión Científica 10 de julio, *Revista de la SOGIBA*, 804, 103-108.
- Lede, Roberto (1983). Nueva perspectiva diagnóstica en perinatología: ecografía encefálica, Primera Sesión Científica, 14 de abril, *Revista de la SOGIBA*, 831, 7-12.
- López de la Vieja Barrios, Teresa (coordinadora). (2006) *Bioética y feminismo: Estudios multidisciplinares de género*. Aqualafuente: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Luna, Florencia (2006). *Bioética y Género. Perspectivas Bioéticas*, 11(21).
- Mallia, Pierre (2005). The use of emergency hormonal contraception in cases of rape-revisiting the catholic position. *Human reproduction and genetic ethics*, 11(2), 35-42;
- Manrique, Laura (2007). Responsabilidad, dolo eventual y doble efecto en *Doxa. cuadernos de filosofía del derecho*, 30, 415-434.
- Marquis, D. (1991) Four versions of Double Effect. *The Journal of medicine and philosophy*, 16, 515-544.
- Martínez Vivanco, Ángela (2004). Aspectos Jurídicos del llamado ‘aborto terapéutico’ en Chile; *Ars Médica. Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 6 (6).
- Mcintery, Allison (2004) The double life of double effect. *Theoretical medicine and bioethics*, 25(1), 61-74.
- Meccia, Ernesto (2015). Imaginación jurídica y experiencias trans. Una aplicación del método de análisis sociológico del discurso (pp. 345-368). En Barrancos, Dora; Guy, Donna y Valobra Adriana María (Compiladoras). *Moralidades y comportamientos sexuales en Argentina. 1880-2011*. Buenos Aires: Biblos.

- Miranda Montecinos, Alejandro (2008). El principio del Doble Efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. *Revista Chile de derecho*, 35(3), 485-519.
- Petchensky, Rosalind (1987). Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction (pp. 57-80). En Stanworth, Michelle (ed.). *Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine*. Minneapolis: Polity Press and the University of Minnesota.
- Quill, Timothy y Dresser, Rebecca *et al.* (1997). The rule of double effect –a critique of its role in end-of-life decision making. *New England journal of medicine*, 337, 1768- 1771.
- Rapp, Rayna (2013). Roundtable: reproductive technologies and reproductive justice. *Frontiers: a journal of women studies*, 34(3), 102-125.
- Schnap, Carlos (1981). Retardo del crecimiento intrauterino, Undécima Sesión Científica 12 y 26 de noviembre de 1981, *Revista de la SOGIBA*, 824, 304-307.
- Semán, Pablo (2007). La secularización entre los científicos de la religión del MERCOSUR (pp. 41-59). En: Carozzi María Julia y Ceriani Cernadas, César (Coordinadores) *Ciencias sociales y religión en América Latina. Perspectivas en debate*. Buenos Aires: Biblos.
- Tunc, Tanfer (2008). *Technologies of choice: a history of abortion techniques in the United States*. Saarbrücke: VDM, Verlang.