

## **INTERVENCIÓN DE LA SENADORA MÓNICA XAVIER CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DEL PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA 13 DE ABRIL DE 2004**

Señor Presidente:

La Comisión de Salud Pública del Senado recibió el 11 de diciembre de 2002 el Proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva, proveniente de la Cámara de Representantes, donde fuera aprobado por Diputados de todos los partidos políticos.

A partir de ese momento, se inició una etapa de relevante participación de la sociedad civil y del ámbito académico, que dan cuenta del consenso existente respecto al proyecto con media sanción. Dos de los acontecimientos más importantes a reseñar, lo constituyen la conformación de la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva, integrada por entidades de defensa de los derechos humanos, religiosas, feministas, de mujeres, de jóvenes y por la Central Sindical PIT/CNT, que concertaron la realización de una serie de actividades, conferencias y debates con el objetivo de promover la sanción del proyecto de defensa de la salud reproductiva.

Otro acontecimiento que merece ser mencionado es la aprobación por unanimidad, a fines del 2002, de una Declaración Pública del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República, referida al proyecto a estudio y en el marco del artículo 2 de su Ley Orgánica, en el cual se reconoce que el aborto es una práctica frecuente y clandestina en todas las capas sociales, lo que se considera un grave problema de salud pública, que se agudiza en los sectores más vulnerables. Atento a ello plantean la sustitución del criterio penalizador por políticas públicas que permitan el libre ejercicio de la sexualidad y presten a las mujeres el apoyo necesario para procesar decisiones libres, autónomas y conscientes, y sostener las mismas en condiciones de equidad y dignidad. La Universidad considera necesario que la sociedad debata, y compromete su aporte y contribución científica y académica para colaborar en la resolución de este problema sanitario y social, respetando el derecho de las personas a ejercer su capacidad de libre decisión de acuerdo a sus convicciones y garantizando el acceso equitativo a los recursos para sostener dichas decisiones. Lo antes mencionado, señor Presidente, es una muestra ilustrativa del amplio consenso social que concitó el proyecto hoy en discusión.

De agosto a octubre del año pasado, en acuerdo con los demás integrantes de la Comisión, se inició el tratamiento efectivo del proyecto, durante el cual abrimos una instancia de recepción de opiniones (25 delegaciones) de diversas instituciones y personas del mundo académico, de la salud, de diversas religiones y posiciones éticas y filosóficas, de agrupaciones sociales promotoras o detractoras del proyecto a estudio. De todas esas intervenciones - incluso provenientes de ámbitos internacionales - hemos sacado provecho los integrantes de la Comisión. No obstante, no hemos podido acordar una opinión común acerca del proyecto, razón por la cual, considerando unánimemente la importancia y trascendencia del mismo, optamos por remitirlo al plenario sin informe, a fin de que sea el Senado de la República el que resuelva si considera relevante su aprobación.

Atento a lo manifestado y en acuerdo con el Senador Cid, el otro de los miembros de la Comisión que ha manifestado su voluntad de aprobar el proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva, es que procederemos a señalar las razones por las que consideramos que el Senado debe votarlo afirmativamente. El primer aspecto sobre el que quisiera extenderme es:

Porqué planteamos modificar la ley de 1938. Actualmente se encuentra vigente la Ley N° 9.736 de Aborto aprobada por la Cámara de Senadores el 24 de enero de 1938 y promulgada el 28 de enero de dicho año, que modifica el capítulo IV, título XII del libro II del Código Penal (artículos 325 a 328) promulgado por la ley número 9.155, de 4 de Diciembre de 1933, declarando delito al aborto, con determinados eximentes o atenuantes, e imponiendo penas, tanto de prisión como de penitenciaría, según la tipificación delictiva. En dicho cuerpo legal - y como ejemplo de anacronismo- el art. 328 establece como una de las atenuantes y o eximentes el móvil del honor, tanto propio como el de la esposa o un pariente próximo, salvo si quien comete el delito es también

el causante del embarazo, hipótesis legal que fuera duramente objetada por el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)

Otros aspectos más relacionados con la realidad social establecen que si el delito se llevara a cabo a consecuencia de una violación o por razones de angustia económica, el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad e incluso extinguir la pena, siempre y cuando el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. Este plazo no rige si las razones refieren a un riesgo a la salud.

También establece la ley del 38 en su art. 3º una serie de requisitos a cumplir por parte del médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones, requisitos que luego veremos se han distorsionado en la práctica. Y bien, esta ley está vigente desde hace sesenta y seis años, sin embargo la misma ha sido jurídicamente ineficaz para desalentar la práctica del aborto, es más su relegamiento al territorio de la clandestinidad ha llevado al enriquecimiento ilegítimo de quienes realizan las prácticas y a la generación de un grave problema de salud para las mujeres. Así lo han señalado muchos de los entendidos concurrentes a la Comisión, como el Dr. Langón y el ex legislador Sanseviero, e incluso lo señala el Dr. Guillot en su presentación ante la Cámara de Representantes;

El Representante Residente de la Universidad para la Paz, Director General del CIIP/UPAZ, Sr. Roberto Domínguez y los investigadores de dicha entidad académica Rafael Sanseviero, Susana Rostagnol, Mónica Guchin y el Dr. Américo Miglioni, que concurrieran el 14 de octubre de 2003 a la Comisión de Salud Pública, dan cuenta de un estudio muy profundo que de manera organizada y formal se ha hecho acerca de la problemática del aborto en el Uruguay y sus derivaciones y que ha dado a conocerse públicamente a través de un libro llamado "Condena, tolerancia y negación del aborto en el Uruguay" En dicha investigación, se plantea la forma en que la sociedad uruguaya toma el tema del aborto, señalándose que se oscila entre la condena y la tolerancia. Si bien en nuestra sociedad predomina un nivel normativo y discursivo de condena; el alto número de abortos relevado por la investigación da cuenta de un consenso social de hecho que lo tolera en la práctica, a través de la negación o "invisibilización" del hecho. "Esta es la forma en que se resuelve este nivel de conflicto fuerte que tiene una práctica masiva, articulada en una densa trama social de la que participan numerosos y calificados actores." Entre estos actores resalta aquellos pertenecientes al campo médico, al policial e incluso al judicial. "La práctica del aborto no se gestiona como una fractura o una censura con respecto a lo que es la vida de la comunidad; se desarrolla inscripta en la vida de la comunidad" En lo que refiere a los significados de la penalización del aborto, la investigación releva informaciones obtenidas del Instituto Técnico Forense, que señalan que tanto en el 2000 como en el 2001, los procesamientos por el delito de aborto fueron 16 en cada uno de ellos. Esto es, hubo 16 procesamientos por delitos conexos con el

aborto, lo que implica que los referidos a mujeres involucradas fueron menos. De esto se infiere, - de acuerdo a la investigación y a los números de abortos que estimativamente se practican anualmente- que sólo el 0,04% de aquellos que incurren en el delito tipificado son penalmente perseguidos, y ello no sólo en los años señalados, sino que el porcentaje de procesamientos por estos delitos se mantiene estable desde hace por lo menos 15 años. El Dr. Langón, que nos visitara en su carácter de especialista en Derecho Penal señala que -en la materia- se esta viviendo lo que se denomina un Derecho Penal simbólico, porque la normativa del aborto es una de las que, en los hechos, realmente no se cumple. Este Derecho Penal simbólico mantiene una vigencia teórica debido a que, las cifras del aborto no se registran ni se conocen y por tanto no se puede determinar con certeza el número de delitos y delincuentes, pero de todas maneras hay una enorme impunidad porque en los registros judiciales no aparecen sentencias de aborto. Es más, puede extraerse de la escasas hipótesis de aplicación de la ley del 38, que se produce un proceso de selección negativo a través del cual, quienes sufren las consecuencias del sistema penal son, obviamente, los sectores más vulnerables, es decir quienes no han podido acceder a asistencia técnica o procedimientos médicos adecuados. El proyecto en estudio, en opinión del señalado especialista, es una forma de reconocer esta realidad y darle una solución, puesto que concluye que más allá de la polémica ideológica, filosófica, moral, ética o religiosa, en el Uruguay el aborto está descriminalizado en la realidad. También el Dr. Guillot en su visita a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes expresa la existencia de una desaplicación de hecho del texto legal vigente, al señalar el efecto disuasivo absolutamente nulo que ha tenido en nuestro país la incriminación del aborto como delito, y aún cuando comparte el postulado jurídico de que la costumbre no es fuente de derecho y por ende no deroga la ley, entiende que la pérdida del consenso de la sociedad con respecto a su validez, la hace devenir ineficaz.

La Dra. Graciela López Machín, funcionaria de alta jerarquía del Ministerio del Interior, quien concurriera a título personal a la Comisión de Diputados, expresaba que existe una división entre el sentido individual y colectivo de la legalidad, entendida como lo que es considerado socialmente adecuado o justo, por el distanciamiento entre la realidad social que viven algunas mujeres y las normas jurídicas". Con esto queremos señalar, Señor Presidente, que el texto legal vigente no es ni eficaz ni eficiente para responder a las necesidades de justicia y seguridad jurídica de nuestra sociedad, que no cumple la finalidad para la que fue en su momento aprobada, es decir, disuadir a los integrantes de nuestra sociedad a practicar abortos. Pero si bien la ley del 38 no cumplió su objetivo de disuasión, tuvo otros efectos lesivos para la sociedad en su conjunto, relacionados con el temor a la incriminación. Temor de las mujeres, de todas las mujeres pero sobre todo de las más pobres, que consultan tardíamente frente a complicaciones del aborto, o no consultan en absoluto, lo que trae consecuencias trascendentes a nivel epidemiológico. Y temor también de los médicos que se resisten a llevar a cabo un aborto, aún dentro de las hipótesis legales, o que frente a una

paciente con complicaciones a consecuencia de un aborto mal practicado, se sienten compelidos a denunciarlo, con lo cual vuelve a cerrarse el círculo de temor en el que están insertas las mujeres. Ese temor a la represalia legal lleva también a que quienes practican los abortos extremen a tal punto sus precauciones que reiteren el entorno de violencia en que se encuentran las mujeres. Entorno que ni siquiera está fundado en la ley vigente, y que no surge de protocolo o código de ética médica alguno, sino que es producto de ese imaginario colectivo que, en desconocimiento del contenido específico de los textos legales, lleva a determinar requerimientos cada vez más severos para realizar los actos médicos debidos. Es en ese sentido que hemos recibido comunicaciones de mujeres que frente a un requerimiento de interrupción del embarazo por razones médicas, malformaciones del feto, riesgo de vida de la madre, etc. han debido padecer un calvario en entidades médicas públicas y privadas donde las decisiones se dilataban obligándoles a optar por la práctica de un aborto clandestino. Esta constatación del desconocimiento de los contenidos normativos y de inexistencia de protocolo o reglamentación alguna que determinen los pasos a seguir en situaciones incluídas en la hipótesis legal, ha llevado a la inoperancia de los niveles de decisión administrativa de los establecimientos sanitarios. Tan es así que cuando en el Hospital Pereira Rossell se solicitó se explicitara cual era la disposición que obligaba a los médicos a denunciar a las mujeres que concurrían a asistirse luego de practicarse un aborto riesgoso, la misma no fue encontrada, por la simple razón de que no existía, era un reflejo de ese temor o inhibición frente a una norma que no se comprende ni se ajusta a las pautas y costumbres sociales, pero que aún así exige el tributo de un celo exacerbado para su cumplimiento, con el consiguiente y reiterado perjuicio de quienes están en la posición más vulnerable: las mujeres. En resumen, señor Presidente, la ley de 1938 que penaliza el aborto no sólo es ineficaz para disuadir de su práctica sino que de hecho produce perjuicios mucho más graves, ajenos al texto legal pero que inciden, por cierto que en forma desfavorable, en la vida y la salud de las mujeres. Las cifras Llegados a esta instancia, Señor Presidente, debemos preguntarnos cuál es la entidad de este problema, cual es la verdadera situación del aborto en el Uruguay, cuántas mujeres abortan en nuestro país? Según la publicación realizada por CLADEM Uruguay y MYSU el año pasado sobre "Derechos sexuales y derechos reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional", las primeras cifras que se manejaron en nuestro país surgen de un trabajo del Dr. Turenne de 1933 en el que se establece que en 1908 se practicaban 2 abortos cada 100 partos, subiendo a 40 cada 100 en 1925. El Prof. Hermógenes Alvarez, precursor en nuestro país de los métodos de planificación familiar, de la anticoncepción y de la salud reproductiva, evaluaba en 1934 que la cifra era de 50 abortos cada 100 partos. En 1978 Emilio Thevenet consideraba que se practicaban entre 100.000 y 150.000 abortos anuales, y una investigación de 1986 evalúa que existían 17 abortos cada 100 partos anuales. Si bien las cifras no fueron controvertidas, porque no había un relevamiento metódico de datos, ni estudios que avalaran sus criterios, hasta ahora existía una gran disparidad entre cifras máximas y mínimas, que iban desde 15.000 hasta los

160.000 anuales ya reseñados. El Dr. Leonel Briozzo, que fuera concurrente a la Comisión de Salud, en representación del Sindicato Médico del Uruguay, en publicación de Diciembre de 2003 de la Revista Médica del SMU (Vol. 19 N° 3) se remite a los resultados de la investigación ya reseñada del Centro de Investigaciones de la Universidad para la Paz. Esta investigación utilizó fuentes directas e indirectas y cruzó variables cuanti y cualitativas, obteniendo los siguientes resultados: En Uruguay contrariamente a lo que sucede en la mayoría de los países de América Latina, el 81 % de los abortos se realizan a nivel de clínicas y sólo el 19 % restante se lleva a cabo a través de prácticas autogestionadas por las mujeres o en contexto de vecindades o vías de otra naturaleza. A partir de esto, la investigación define tres categorías de mujeres según su capacidad de acceso al aborto. v las que no tienen acceso a las clínicas, de escasos recursos económicos y de escaso capital social, y cuyos abortos se estiman, de acuerdo a los egresos hospitalarios del sector público por causa de embarazo terminado en aborto, en 4.289 en el interior del país y 1.718 en Montevideo, con un total de 6.007 abortos anuales v las del sector social medio del interior del país, que cuentan con medios económicos para acceder a clínicas radicadas en sus lugares de residencia o cercanos, estas mujeres, se realizarían un total de 11.000 abortos anuales en el país. v Las mujeres de sector social medio y alto de Montevideo e interior, que acceden a clínicas de Montevideo, con un promedio de 75% Montevideo y un 35% del interior se produciría un total estimado de 16.000 abortos anuales, La estimación así realizada concluye que en el año 2000 se habrían practicado 33.000 abortos clandestinos. Estos 33.000 abortos anuales, significan que habría una proporción de 38, 5% de abortos en un total de nacimientos más abortos, lo que ubica a nuestro país en el lugar N° 12 entre los ochenta y tantos países con estudios metodológicamente aceptables. Esto también quiere decir que en el Uruguay, de cada diez concepciones cuatro se abortarían.

La constatación antes mencionada lleva a concluir a los investigadores que hoy día la sociedad uruguaya - y no es de ninguna manera la posición de esta legisladora- sigue recurriendo al aborto como un medio para regular la fecundidad, teniendo en cuenta asimismo la estabilidad del número de nacimientos (entre 50 y 60.000 anuales) y la reducida eficacia de los programas de difusión de los métodos anticonceptivos. Señala la investigación que cada aborto es un acto privado que protagoniza una mujer pero, al mismo tiempo, es un hecho social. del que participan múltiples actores, desde esa perspectiva, a la necesidad de abortar se anexa un conjunto de vulnerabilidades socialmente producidas. La vulnerabilidad individual de la mujer, la vulnerabilidad social relacionada con el entorno socioeconómico de la mujer y la llamada vulnerabilidad programática que tiene que ver con la existencia o no de programas y políticas públicas en relación con la salud reproductiva y sexual y, en particular, con la inaccesibilidad legal a interrupciones de embarazo.

Los procedimientos y las prácticas La práctica mayoritaria del aborto se presenta como un servicio médico, público e ilegal de gestión privada y se han relevado 22 tipos de procedimientos para interrumpir embarazos. Se clasifican en dos grandes grupos, los medicalizados (81%)o realizados en clínicas clandestinas, con participación de profesionales de la salud, y los realizados mediante prácticas de sabiduría popular (19%), a los que recurren las mujeres que no tienen acceso a los otros. Todos ellos sin embargo implican experiencias de violencia material o simbólica y de abatimiento de derechos para aquellas mujeres que los protagonizan, cuyas consecuencias nefastas se expanden en forma exponencial de tal manera de que por cada muerte que se produce a consecuencia de un aborto en condiciones de riesgo, quedan mutiladas 50 mujeres, 100 sufren lesiones graves y 1000 sufre algún tipo de consecuencia negativa. Este drama social que vive nuestro país, además de los costos humanos en salud de las mujeres, tiene fuertes -aunque invisibles- impactos económicos.

Los impactos económicos. Cabe entonces preguntarnos, Señor Presidente, cuánto se gasta en aborto? Si tomamos en cuenta los 33.000 abortos relevados por la investigación de la Universidad para la Paz, de los cuales el 81% se realizaría en clínicas, estos ascenderían a 26.730 Si consideramos que el precio comercial de un aborto en una clínica clandestina es de entre 500 y 600 U\$S, veremos que promedialmente los abortos medicalizados, es decir los practicados en clínicas con apoyo médico mueven una cifra de U\$S 14.701.500, cantidad que no paga aportes ni impuestos, que no genera inversión productiva y que no promueve el reequilibrio económico sino que más bien tiende a profundizar el desequilibrio de quienes tienen que distorsionar su presupuesto familiar para poder acceder al procedimiento. Si a este cálculo sumamos el gasto que insume al Estado y a la salud privada la reversión de los efectos de un aborto realizado en condiciones de riesgo, la cantidad a considerar es claramente mayor. Eliminar la práctica del aborto del circuito clandestino implicará, asimismo, una redistribución, por lo menos parcial, de esta suma, en emprendimientos más provechosos para la sociedad toda y permitirá a las mujeres recuperar con dignidad un servicio profesional que hoy día implica violencia, maltrato, penuria económica y discriminación.

La experiencia de los otros países Realidad legislación vs. Mortalidad. Cabe preguntarse asimismo, señor Presidente, cual ha sido la experiencia de los otros países respecto al problema del aborto, cual es la realidad de la mortalidad materna en relación con la legislación permisiva o prohibitiva que sustentan. Como vivimos en un mundo globalizado y esto implica no poder dejar de considerar las experiencias existentes en otros países, debemos evaluar los resultados de las prácticas legislativas tanto de los países centrales como de los países periféricos. En ese sentido existe una línea claramente marcada entre el hemisferio norte y el hemisferio sur. En el norte, obviamente impera la práctica normativa del aborto voluntario, y los riesgos sanitarios de la población femenina son mínimos, mientras que si observamos el sur: América Latina y Africa fundamentalmente, es

preponderante la penalización del aborto y el aumento sustancial del riesgo de morbilidad materna a consecuencia de la realización de procedimientos riesgosos e inseguros del punto de vista sanitario. Es decir que existe una clara relación entre la liberalización o no penalización del aborto y la reducción de la morbilidad materna, y un aumento de la misma en los países cuyos ordenamientos jurídicos consideran dicha práctica un delito. Los impactos de las leyes ¿aumenta el aborto?

Se ha señalado y lo han señalado algunos de los invitados a nuestra Comisión de Salud Pública (Briozzo), que uno de los problemas potenciales que se plantea pueden traer las leyes que despenalizan o liberan el aborto es el aumento de los índices de su práctica. Sin embargo, los países con legislación liberal al respecto como Bélgica, tienen 6 abortos cada 1.000 mujeres, mientras que Perú, con legislación restrictiva tiene 56 abortos cada 1.000 mujeres, sin contar el sub registro. De manera que en los países donde hay una práctica legal del aborto, la tasa de los mismos desciende. Es ilustrativo el caso de Italia y Francia, que liberalizaron el aborto entre los años 70 y 80, y en donde al principio hubo un pequeño aumento de las tasas, explicable a partir del subregistro previo, y luego hubo una clara disminución en las tasas de aborto. La razón de este leve ascenso de las tasas y su posterior decaimiento proviene de que -como en el proyecto a estudio- la legislación aprobada se acompaña con políticas y programas de planificación familiar y de educación sexual que van inculcando en mujeres y hombres el concepto de derechos sexuales y reproductivos y el conocimiento de otras formas de contracepción. El aborto voluntario como tal es la última alternativa frente a un embarazo no deseado, tanto en nuestro país como en el resto del mundo y sólo se utiliza para dicho fin -por inexistencia de otras opciones reales- cuando los métodos anticonceptivos son inaccesibles o inefectivos. En definitiva, Señor presidente, en todos los países del mundo donde se liberaliza la práctica del aborto no sólo se reducen las tasas de mortalidad y de morbilidad, sino también el número de abortos provocados. En cuanto a la otra cara del problema, es decir la que atañe a los países que se encuentran bajo la sutil línea delimitatoria entre centrales y periféricos, desarrollados y no desarrollados, donde prevalece la legislación punitiva y la ilegalidad, la prevalencia de aborto entre mujeres de 15 a 44 años y las muertes maternas aumentan sustancialmente. Pero ese aumento no refiere estrictamente a las carencias del subdesarrollo, sino a la legalización del aborto. Así Túnez, país del norte africano no desarrollado pero con legislación no punitiva mantiene una tasa de abortos muy baja, de 9 mujeres por cada mil y una mortalidad materna no registrada. En cambio, en países de América Latina en que la práctica es ilegal, la tasa de abortos y de muertes por dicha causa es mucho mayor. El aborto como problema de salud La mortalidad por aborto en el mundo y el Uruguay Como se ha señalado reiteradamente, señor Presidente, el aborto implica un grave problema de salud.

La FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha dado cuenta de dicho problema

y en el año 2000 ha establecido ciertas Recomendaciones relativas al aborto provocado por razones no médicas, considerando el derecho de las mujeres a reproducirse o no y a interrumpir voluntariamente su embarazo en condiciones de seguridad y sin que los miembros del equipo de salud le impongan sus criterios religiosos o culturales relativos al aborto. Las mujeres -resume la Recomendación de la FIGO- deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad. El Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Ginecología del Uruguay, la Facultad de Medicina y otras entidades y personas con conocimiento de la situación han puesto de manifiesto el significado epidemiológico de que el aborto sea la principal causa de muerte materna en nuestro país. Esa mortalidad materna es el indicador más sensible y específico de inequidad en salud, tanto a nivel mundial -como ya lo señaláramos- como en nuestra realidad nacional. No hay otro indicador sanitario - señalaba el Dr. Briozzo en su visita a nuestra Comisión-, ni la mortalidad infantil, ni la mortalidad perinatal, que indique con más claridad cómo se encuentra una comunidad desde el punto de vista sanitario. Y ello se deriva de que las mujeres que mueren durante el embarazo, el parto o el puerperio, todo lo que engloba la mortalidad materna, lo hacen -mayoritariamente- como consecuencia de retrasos en su diagnóstico, ya sea por no poder acceder a la consulta o al tratamiento. Un estudio realizado en el quinquenio 1995-1999, sobre mortalidad vinculada con el embarazo, parto y puerperio en el Uruguay, da cuenta que en dicho período se produjeron 17 muertes como consecuencia de abortos provocados en condiciones de riesgo, sobre un total de 62 muertes maternas. Esas muertes representan el 27,9% de la mortalidad materna general. Pero mucho más preocupante fue la constatación de que en la puerta del Hospital Pereira Rosell, el señalado porcentaje ascendía a 47 %, lo que daba la pauta de la gravedad del tema, y su sustancial focalización en las mujeres más vulnerables, en las mujeres pobres; teniendo presente que los porcentajes de mortalidad materna a nivel mundial son de un 13%, en América Latina son 21% y en Sud América 24%. Las alarmantes cifras de mortalidad materna a consecuencia de abortos realizados en condiciones de riesgo fue lo que encendió la alarma sobre la real entidad del problema planteado. Las iniciativas del Pereira Rosell. Esta situación fue advertida por los integrantes de las Cátedras de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que realizan sus internados en el Hospital Pereira Rosell, quienes ante la enorme incidencia de las consecuencias del aborto en la mortalidad de las pacientes, promueven lo que dieron en llamar "Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo", las cuales, sin definirse a favor o en contra del derecho a la interrupción del embarazo, despiertan la conciencia de la sociedad en general y los médicos en particular sobre la existencia de un grave problema de salud, evitable en la mayoría de los casos. En su propuesta, los autores señalan la ausencia de políticas y programas dirigidos a ofrecer prestaciones de calidad en materia de salud reproductiva y anticoncepción, fundamentalmente entre la población más carenciada. Ante ello, asumen y



destacan la responsabilidad del médico respecto a la salud de la mujer que acude a su consulta para confirmar un embarazo, en cuanto a obtener un trato digno, información sobre las situaciones de riesgo para su salud y orientación sobre su prevención, cualquiera sea la decisión que aquella haya tomado respecto a la continuación o interrupción de la gestación. A su vez, en los casos en que la usuaria del servicio tome la decisión de realizarse un aborto provocado, los médicos proponen desarrollar las medidas que posibiliten un seguimiento y procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo del riesgo de muerte materna, manejando las complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrupciones del embarazo seguras "hasta donde la ley les permita". Este planteamiento, presentado por la Sociedad Ginecitológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina al Ministerio de Salud Pública en marzo de 2001 (y respecto al que no se tuvo respuesta), fue otro de los elementos tomados en cuenta para iniciar una campaña a favor de la sanción de una ley sobre derechos reproductivos que incluyera el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, dentro de determinados parámetros, puesto que se tomó conciencia de que aún aprobadas las iniciativas planteadas, las mismas eran insuficientes para solucionar el problema. La única conclusión posible frente a la situación descrita es muy clara, señor Presidente: el aborto provocado en condiciones de riesgo es, en el Uruguay, un problema prioritario de salud, que el Estado debe asumir de inmediato, mediante la determinación de soluciones accesibles a todas las mujeres, pero fundamentalmente a las más vulnerables o desprotegidas, como forma de revertir la inequidad social que finalmente se traduce en un déficit democrático. Todos los senadores y senadoras hemos tomado conocimiento, Sr. Presidente del doloroso caso de Flavia, la adolescente de 16 años de Nueva Palmira, madre de un niño de 6 meses, quien creyéndose nuevamente embarazada, se introdujo una pastilla de veneno para tucutucu y que muriera intoxicada ante la mirada impotente de los médicos de Carmelo. Quien relata el hecho es la profesional que la atendiera en la urgencia, que ante tanto dolor se compromete, como mujer, como médica y como ciudadana en erradicar situaciones como la que le tocó vivir. Y yo personalmente, señor Presidente, como mujer, como médica y en mi calidad de Senadora de la República por mandato de la ciudadanía, también me comprometo por la misma causa. El entorno en que se inserta el proyecto a estudio: la realidad social El Estado laico Es necesario revisar entonces, señor Presidente, el entorno en que debemos legislar, y me refiero en primera instancia a que el proyecto a estudio está inserto en un Estado Social de Derecho, erigido a partir de la norma constitucional en base a un sistema democrático en el que se reconocen derechos a todos los que habitan dentro de sus límites y donde el Estado está, desde hace casi un siglo, separado de cualquier iglesia o credo religioso, esto es, señor Presidente, que el Estado no tiene religión alguna, y que los soportes de sus órganos y cargos, es decir las personas que cumplen los cometidos asignados al Estado, no pueden ni deben afectar sus decisiones más que por el interés general, prescindiendo

de la religión o credo que profesen. En ese sentido, la laicidad del Estado Uruguayo, al decir de Korzeniak, casi se identifica con el concepto de pluralismo.

La cuestión del Estado Laico, desde la perspectiva socio-jurídica, abarca el ámbito de la educación, de la administración de justicia, del acceso a la ciudadanía y hoy día señor Presidente, la laicidad tiene otra dimensión, la dimensión de la inclusión social y del respeto a la diversidad. Hoy día la laicidad implica el acceso a servicios de salud reproductiva, el derecho a vivir y morir con dignidad, el derecho a compartir la vida con otra persona, a casarse, a no casarse, a divorciarse, a tener una opción u orientación sexual, en definitiva a tener libertad personal para opinar y actuar y ser respetada en dicha libertad. La laicidad encuentra sus raíces en el superior credo de la democracia, que implica respeto a la diversidad cultural y religiosa y a la autonomía personal y que rechaza cualquier tipo de fundamentalismo que intente imponer pautas religiosas a quienes no profesan determinado culto. Por ello, señor Presidente nuestro entorno social y cultural y el Estado que consagramos en nuestra Constitución nos obliga a legislar en forma inclusiva, incorporando todas las visiones y respetando la diversidad cultural, religiosa, étnico-racial y de cualquier otro tipo, sin perder de vista el interés general de todos los habitantes del país en el momento de definir textos legales que determinan políticas públicas, como esta referida a la salud reproductiva. Los DDSSRR: Cuales son los compromisos internacionales. Llegados a este punto, señor Presidente, debemos realizar una conceptualización mínima de lo que consideramos derechos sexuales y reproductivos para hacer luego también un breve relevamiento de los compromisos que asumiera nuestro país con respecto a la salud reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos,

Los derechos sexuales y reproductivos refieren a la potestad de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su propia fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de los hijos, salud reproductiva y sexual y actividad sexual así como de acceder a recursos que impliquen la posibilidad de llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones.

Los derechos sexuales incluyen el derecho de todas las personas a decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad Los derechos reproductivos incluyen los derechos de las personas a decidir libre y responsablemente acerca de la cantidad de hijos que desean tener, cuándo y con qué frecuencia, y a tener la educación y los medios para lograrlo.. Los derechos de la salud sexual y reproductiva incluyen la formación, la orientación y el servicio de planificación familiar, la atención prenatal, la del parto y la posnatal, así como la atención de la salud infantil. Los DDSSRR son derechos humanos de todas las personas de todas las edades, preferencias sexuales, culturas y etnias y desde la perspectiva de las mujeres, les permite controlar su propia fecundidad y adoptar decisiones relativas a su reproducción sin coerción, discriminación ni violencia. Esa conceptualización del derecho a disponer del propio cuerpo y a optar cuando,

como y de que manera reproducimos como un derecho humano, está señalando el pasaje de lo privado a lo público, de la construcción de relaciones de democracia y de libertad en la vida cotidiana, y es el gran paso que se ha dado a nivel mundial con la CEDAW, la Convención Interamericana sobre la Violencia contra la Mujer de Belén do Pará, la Conferencia de El Cairo, y con Beijing 95, en relación a las mujeres. Si bien los derechos de las mujeres integran el jus cogens de los derechos humanos, es decir las normas emanadas de la convicción colectiva mundial respecto a que ciertos derechos son inherentes a la personalidad humana y en dicho caso constituyen derecho positivo por sobre las normas constitucionales e internacionales; los derechos sexuales y reproductivos ya han sido incorporados en diversos instrumentos internacionales. La CEDAW (Convención para la Erradicación de toda Discriminación contra la Mujer), suscrita en el marco de la Asamblea de las Naciones Unidas a fines de 1979 reconoce a las mujeres una serie de derechos, entre los que se incluyen el derecho al acceso a la salud en general y a la salud reproductiva en particular. Esta Convención establece que hombres y mujeres tienen los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos.

La Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, reunida en El Cairo en 1994, establece un Plan de Acción sobre la base de la promoción de la equidad y de la igualdad entre sexos y la promoción de los derechos de las mujeres. También propugna la eliminación de todo tipo de violencia contra las mujeres a fin de asegurar que sean ellas las que controlen su fecundidad, sin coacciones. Es también en esta Conferencia que se establece que frente al derecho de las personas a usufructuar de los servicios de salud, existe un correlativo deber del Estado de adoptar todas las medidas necesarias para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, el acceso universal a los servicios médicos, incluso aquellos relacionados con la salud reproductiva y la salud sexual. En la reciente Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL (Santiago, 10 y 11 de marzo, 2004), se aprobó por consenso una declaración que reafirma los acuerdos de El Cairo, con la sola reserva de Estados Unidos. La Convención de Belén do Pará establece las líneas rectoras del respeto a los derechos humanos y la obligatoriedad de los gobiernos para eliminar todas las formas de violencia física, sexual y psicológica hacia las mujeres. Entre los puntos sustanciales promovidos por la Conferencia de Beijing de 1995 se establece la necesidad de garantizar la igualdad de acceso y de trato en la atención de la salud y la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Uruguay ha aprobado la CEDAW y la Convención Interamericana de Belén do Pará y ha suscrito los compromisos emanados de las Conferencias de Naciones Unidas de El Cairo y Beijing, por lo que debe asumir dichos compromisos, a través de la sanción de leyes y el cumplimiento efectivo de las mismas. El proyecto de defensa de la salud reproductiva, señor Presidente, no es más que el cumplimiento de ese compromiso asumido frente a la comunidad internacional, y que refiere a

derechos humanos fundamentales de las mujeres y al desarrollo democrático de nuestra sociedad. Así lo ha señalado CLADEM, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, en su informe del año 2002, al concluir que "diecisiete años de gobiernos democráticos no han alcanzado al Uruguay para poner en consonancia su normativa en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos con el desarrollo alcanzado a nivel de los documentos y recomendaciones de las Conferencias internacionales en la materia", y que "uno de los avances más significativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos lo constituye la media sanción del Proyecto que estamos considerando. La responsabilidad del Estado

Cual es entonces la responsabilidad del Estado frente a los derechos sexuales y reproductivos? La responsabilidad derivada de la ratificación de los tratados (Convenciones y Pactos) de derechos humanos y la suscripción de documentos emanados de Conferencias de similar índole por parte de los Estados, consiste en la asunción de una serie de compromisos que implican la realización de acciones concretas que traduzcan la voluntad política de implantarlos en el ámbito nacional, adecuando los ordenamientos jurídicos preexistentes e instrumentando políticas públicas que favorezcan la plena realización de los derechos reconocidos. Específicamente el Plan de Acción del Cairo establece que los países signatarios deberán instrumentar políticas públicas que garanticen los derechos reproductivos con énfasis en el derecho a la salud sexual y reproductiva. Considerando que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y que la salud reproductiva lo integra , nuestro país se encuentra obligado a reconocer y proteger dichos derechos, instrumentando medidas para promover la procreación consciente y responsable, el acceso a información y educación sexual y reproductiva, a servicios de salud sexual y reproductiva a toda la población, al progreso científico, a servicios sociales y legales que garanticen el ejercicio de los derechos, sin violencia y en condiciones de igualdad y equidad entre sexos. Por tanto, señor Presidente, siendo la salud un derecho de todos los habitantes de nuestro país, entendido no como la ausencia de males o enfermedades sino como el derecho a tener cubierta la atención de la salud física y psíquica a fin de desarrollar su vida en condiciones de dignidad, y existiendo un deber del Estado de garantizar tal prestación, como un servicio social obligatorio de promoción y prevención de la salud, el proyecto a estudio no es más que el cumplimiento efectivo del cometido estatal, asignado por la Constitución de la República y condicionado por las Convenciones Internacionales que nuestro país libremente ha ratificado. Cuales han sido las respuestas a nivel legislativo Los proyectos anteriores Desde que este país surgió nuevamente a la vida democrática luego de más de una década de dictadura la despenalización del aborto ha sido aspiración de legisladores de todos los Partidos Políticos. El primero, de 1985, denominado "Aborto practicado con consentimiento de la mujer", fue presentado por los Diputados Lamas y Vaillant y su contenido refería a modificaciones de varias disposiciones del Código Penal.

En 1991, el Diputado Díaz Maynard proponía modificar el art. 328 de la ley del 38, a través de un proyecto denominado "Penalización de actos que afectan los derechos de la mujer" Mas adelante, a fines de 1993 se presentó un proyecto, sobre "Interrupción voluntaria de la gestación", suscrito por legisladores de todos los partidos políticos: Carmen Beramendi, Ana Lía Piñeyrúa, Alba Osorio de Lanza, Rafael Sanseviero, Tabaré Caputi, Carlos Pita, Luis Batlle Bertolini, Rafael Michelini, José Bayardi, Daniel Díaz Maynard y Ramón Legnani, que si bien fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados, nunca llegó a ser tratado en el plenario. Este último proyecto, redactado fundamentalmente por Rafael Sanseviero y por nuestra querida y recordada Dra. Graciela Dufau, a cuya memoria pretendo rendir homenaje promoviendo la aprobación del presente proyecto, fue elaborado en consulta con las distintas organizaciones sociales relacionadas con el tema y en líneas generales, es una de las fuentes directas del proyecto en discusión.

Todos estos proyectos, a los que debe sumarse el suscrito a mediados de 1994 -en términos similares al de 1993- por los entonces Diputados Beramendi, Atchugarry, Batlle Bertolini, Caputi y Piñeyrúa, no llegaron a pasar por la instancia que hoy tenemos, pero en el 2001 fueron desarchivados a solicitud de la Comisión Especial de Género y Equidad de la CRR y remitidos a la de Salud Pública y Asistencia Social, la cual, tomándolos como base, concreta el actual "Proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva" que, con media sanción de la señalada Cámara es remitido para nuestra consideración. Es así, señor Presidente, que esta iniciativa no es novedosa, sino que ha esperado pacientemente hasta obtener su mayoría de edad para ser discutida por este Plenario. El problema del aborto inseguro y las muertes que provoca no es un problema nuevo, pero sí existe una renovada preocupación de los operadores de la salud y de otros sectores sociales a su respecto, por lo que esperamos tener también nosotros la suficiente madurez para resolver, en la forma más adecuada, los requerimientos de diversos segmentos de nuestra sociedad.

Mi posición frente al proyecto de ley En esta instancia, Señor Presidente, y antes de ingresar al análisis del proyecto de ley, debo señalar que me he comprometido a apoyarlo como mujer, como médica y como legisladora. Como mujer - me preocupa el reconocimiento de derecho de toda mujer a resolver libremente cuándo y en que circunstancias va a ser madre. Este derecho se complementa con el derecho a la procreación libre y sin violencias, el derecho a tener hijos deseados y de los hijos a serlo. Y también me preocupa el ejercicio de ese derecho, la accesibilidad que se tenga para su goce, puesto que en este tema- como en muchos más- quien está en una situación de vulnerabilidad, sufre más agudamente las condiciones negativas o restricciones en la prestación de los servicios. Por ello mi compromiso va especialmente con las mujeres que viven en situación de pobreza, de forma de que sean las más privilegiadas en el acceso a la información y prestaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Pretendo que con este aval legal, todas las mujeres tengan acceso a la píldora del día después, mediante la

cual pueden protegerse de embarazos no deseados cuando otros métodos anticonceptivos han fallado, y pretendo que esta protección llegue no sólo a quienes pueden adquirir el producto en la farmacia sino a todas las mujeres que lo necesiten, sin restricciones. Como médica, mi compromiso refiere básicamente a la lucha contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, por ser éste un grave problema de salud. En Uruguay hoy hay mujeres muriendo por haberse provocado un aborto sin las mínimas condiciones de seguridad sanitaria y por evitar la asistencia médica al aparecer las complicaciones, por temor a la denuncia y a las derivaciones de un proceso penal. Mi compromiso entonces pasa por informar a las mujeres de su derecho a condiciones de salud dignas y por el seguimiento de las políticas públicas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Mi compromiso como legisladora refiere fundamentalmente a incorporar en los textos legales la inclusión social y el respeto a la diversidad, en definitiva, incorporar a los proyectos a estudio la perspectiva de género, la visión de las mujeres desde las mujeres. La interrupción del embarazo no es una decisión que las mujeres tomen con ligereza, muy por el contrario, es una decisión dolorosa, asumida con responsabilidad y con total conciencia de las consecuencias sanitarias, psicológicas y punitivas que ello conlleva, y a pesar de ello, la decisión no se modifica, la determinación persiste aún cuando la sociedad las señale y estigmatice, aún cuando algunos sectores religiosos o conservadores las hagan objeto de su intolerancia. Entonces, señor Presidente, si a pesar de toda la represión que se cierne sobre las mujeres no las desvía de su decisión, ¿cuál es el sentido de mantener una legislación represiva e inefectiva? ¿Cuál el sentido de aumentar el dolor y violencia en que deben interrumpir su embarazo? Por más breve y lineal que sea el análisis que se realice de la situación, el interés general de nuestra sociedad y el compromiso asumido en relación con el respeto a los derechos humanos nos obliga a ponernos a favor de la sanción de la ley de defensa de la salud reproductiva.

El proyecto Aspectos generales del proyecto v instituye al Estado como garante de los DDSSRR v promueve la paternidad y maternidad responsable v obliga al Estado a establecer programas con respaldo presupuestal para la implementación de la ley v promueve la educación sexual v obliga a la capacitación de los equipos de salud v relaciona la interrupción voluntaria del embarazo con la promoción de los DDSSRR v la ley no obliga a la embarazada a interrumpir su embarazo ni al profesional de la salud a efectuar el procedimiento. Análisis del texto legal Analizaremos seguidamente, señor Presidente, el contenido del proyecto a estudio, que consta de 6 Capítulos y 18 artículos en total. A los efectos de realizar este análisis, me apoyaré en la intervención que tuvo en la Comisión y en los estudios que realizara la Dra. Graciela Dufau, infatigable defensora de los derechos de las mujeres. El Capítulo I, se titula "De los Deberes del Estado" estableciendo en el artículo 1º la obligación del Estado de garantizar el efectivo ejercicio

de los derechos relacionados con la procreación consciente y responsable de ambos progenitores, mediante la instrumentación de políticas sociales y educativas referidas a la salud reproductiva, los derechos sexuales y la reducción de la morbimortalidad materna. El segundo literal del artículo hace hincapié en la responsabilidad de las personas respecto a su comportamiento sexual y reproductivo, comprometiéndolas a asumir conductas adecuadas respecto a la maternidad y paternidad.

El artículo 2º de este Capítulo pone de cargo del MSP, responsable de los cometidos establecidos por el proyecto de ley: la planificación y ejecución de políticas relativas a la educación sexual y planificación familiar. Debiendo incluir en su presupuesto -en forma permanente y en carácter de programa- un ámbito institucional para su ejecución. Por este artículo se establecen los objetivos del programa, entre los que se destaca la obligación de capacitar a todo el personal de la salud en salud sexual y reproductiva y planificación familiar, incluidos aspectos relativos a la orientación y comunicación interpersonal, (art. 2 c), protegiendo a quienes utilicen las técnicas -que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad- de una nueva culpabilización por la decisión tomada. El artículo 3º obliga al MSP a coordinar sus acciones con otros organismos del Estado a quienes le incumban los derechos sexuales y reproductivos, aspecto esencial para formular un plan de acción homogéneo, evitando duplicidad de esfuerzos institucionales y económicos y vacíos operacionales que nadie cumple.

El Capítulo II, titulado "Circunstancias, Plazos y Condiciones de la Interrupción Voluntaria del Embarazo" comienza con el artículo 4º en el que se establece el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo en determinadas condiciones y con determinados requisitos, permitiendo que la mujer ejerza el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin coerción, discriminación ni violencia. Este artículo reconoce a las mujeres el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo durante las 12 primeras semanas de gestación, en las condiciones que establece el proyecto: información, apoyo y registro médico de la intervención. Es respecto a este artículo, señor Presidente, que se han producido también grandes polémicas, tanto en el seno de la Comisión como en la deliberación parlamentaria previa. El punto refiere concretamente a si el artículo 4 del Proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva colide, en algún sentido, con el artículo 4º del Pacto de San José de Costa Rica.

El Pacto de San José de Costa Rica En esta instancia, señor Presidente, debemos interpretar el Pacto de San José de Costa Rica para establecer si el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva lo viola o no. Brevemente, señor Presidente, el Pacto de San José de Costa Rica establece que los Estados se comprometan a respetar el goce y el ejercicio de los derechos reconocidos y a no limitarlos en mayor medida que lo previsto en el mismo. Tampoco es posible, por aplicación del Pacto, limitar el goce o el ejercicio de derechos y libertades reconocidos en leyes

nacionales o vigentes de acuerdo con otras convenciones de las que el Estado sea parte. Para interpretar el Pacto debemos referirnos a la discusión del mismo, es decir su contexto, discusión en la que participó nuestro país a través de los delegados enviados a esa instancia. A ese respecto existe la opinión, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso conocido como "baby-boy" en donde los Estados Unidos se presentan ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y cuestiona una resolución de la Corte Suprema de los Estados Unidos y de Massachusetts. Originalmente el Comité de Juristas había presentado un texto diferente para el artículo 4º. Este artículo establece actualmente: "Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y en general a partir del momento de la concepción". Pero en un principio no decía "en general" lo que llevó a que objetaran dicho texto las delegaciones de Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Venezuela. En ese momento nuestra delegación consideró que si no se incluía la frase "en general" se estaban violando las leyes que existían en el país con respecto al tema del aborto. De manera que ya en este caso nuestro país ha expresado su voluntad a nivel internacional, a través de sus delegados, y así consta en los organismos. Esta no es mi posición personal, ni de la Dra. Dufau, sino que es la posición de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Esta es la única interpretación posible del contexto del Pacto y de la opinión que en su momento dió nuestro país internacionalmente, que pauta su quehacer posterior, a la luz de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados. Es así entonces, señor presidente, que este proyecto no colide ni viola el Pacto de San José de Costa Rica, que por otra parte, si se interpretara en forma diferente implicaría que la ley vigente, al eximir de pena algunas hipótesis de aborto, también estaría violando el referido Pacto. En suma, señor Presidente, este proyecto armoniza perfectamente con el Pacto de San José de Costa Rica, como lo han señalado la mayoría de los académicos entrevistados en la Comisión: el Prof. Casinelli Muñoz, la propia Dra. Dufau e incluso el Profesor Gross Espiell, que participa en principio de otro criterio, ha coincidido con Casinelli en que la expresión "y en general" del art. 4º del Pacto significa la posibilidad de que se abran, por vía de la ley, casos excepcionales que permitan la interrupción voluntaria del embarazo. Así lo ha considerado también el Dr. Miguel Langón, quien ha señalado que la misión del derecho penal no es proteger una moral, una religión o una ideología determinada sino permitir una vida comunitaria aceptable, mediante la construcción de una normativa mínima que sancione las conductas incompatibles con la vida comunitaria y que no puedan ser desalentadas por otros métodos menos radicales. En ese sentido señala Langón "esta ley no haría otra cosa que incorporarse dentro de un sistema que es el que siempre utilizó el derecho penal para proteger la vida... ". "Pero así y todo, el legislador ha protegido la vida en forma diferencial". En similar sentido la Dra. Graciela López, expresa que las normas deben colocar en orden de prelación la tutela de un mismo derecho, el derecho a la vida, de una persona que existe, de la cual dependen otras personas que también existen y tienen una vida de relación y que forman parte del



capital social del país, y por otro lado de una vida fisiológicamente dependiente en los primeros tiempos de su gestación. La Dra. López entiende que es tarea del legislador encontrar el equilibrio entre estos derechos, en forma adecuada a la realidad del siglo XXI, a las posiciones más modernas de protección integral de los derechos humanos y a las normas que tienden a lograr la equidad de trato y oportunidades para las mujeres. En ese sentido, considera la solución legal del proyecto como justa y razonable. Elena Highton de Nolasco jurista argentina, postulante a la SCJ de dicho país, señala en un artículo publicado en la "Revista de Derecho Privado y Comunitario" que "en el tema del aborto está en juego no sólo la colisión de intereses entre el valor vida del embrión o del feto frente al valor libertad y autodeterminación de la madre, sino también -y eso es importante resaltar- el conflicto propio del derecho del no nacido y no querido". "Debe resolverse dónde hay daño, si en la supresión de la persona o futura persona o en llevar un embarazo a término y hacer ver la luz a un niño forzadamente, para que sea maltratado, quede abandonado física o moralmente o esté a cargo de instituciones de beneficencia y del Estado". Finalmente, señor Presidente, existe un aspecto del artículo 4º con la decisión exclusivamente femenina de culminar un embarazo, que ha causado también algún tipo de polémica y que consideramos una solución correcta del problema, por una serie de razones.

Existe una investigación de UNICEF y la Universidad de la República, que encuesta 1.500 mujeres de Montevideo y del área metropolitana, y que, estudia cuál es la responsabilidad que el padre biológico de los hijos sostiene después del divorcio o la separación, que demuestra que en el 80% de los casos no se brindan ni siquiera las pensiones alimenticias a que obliga la ley. Esto es, señor Presidente, que se comprueba que en general somos las mujeres las que enfrentamos, en última instancia, la crianza de los niños, su educación, en definitiva la carga parental. Entonces, es de justicia que la última resolución sea tomada por la mujer. Sin perjuicio de lo expuesto, la ley no prohíbe la consulta con el padre y si existe una pareja armónica tal resolución de la mujer va a ser tomada en discusión previa con la misma. Sin embargo, señor Presidente, consideramos que vincular la decisión de la mujer a un consentimiento de un padre biológico no siempre presente, accesible o dispuesto, implicaría reinsertar a la mujer en el espiral de requisitos e inconvenientes prácticos que le dificultan, y de hecho imposibilitan el cumplimiento de su voluntad. En definitiva, señor Presidente, el art. 4º del proyecto se enmarca en un contexto de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales y algo que es fundamental, no obliga a las mujeres a interrumpir su embarazo, sino que les permite ejercer el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin coerción, discriminación o violencia, promoviendo la salud reproductiva. El artículo 5º, define los requisitos y condiciones para ejercer el derecho que se confiere en el artículo 4º estableciendo una carga para el médico, es decir una obligación que se dispone en su propio interés. Obliga al médico a informar a la posible

usuaria otras opciones distintas: adopción, programas de apoyo a la maternidad, etc. Obliga al profesional actuante a dar información y apoyo antes y después de la intervención. Efectuada la intervención, de acuerdo al art. 6º, el profesional deberá dejar constancia en la historia clínica de haber cumplido los requisitos previstos. Y coordinadamente en un artículo posterior (Art.13) obliga a registrar -sin revelar identidad de la usuaria- las situaciones de aborto o sus eventuales complicaciones, a través del MSP, con lo que se podrá tener mayor conocimiento estadístico de la realidad, insumo necesario para diseñar políticas preventivas. Dentro de las razones esgrimidas por la mujer que el médico deberá tomar en cuenta para realizar la interrupción del embarazo, el art. 4º prevee circunstancias en que se ha producido la concepción, penuria económica, circunstancias sociales, familiares o de edad de la interesada que en opinión de ésta no le permiten continuar la gestación. También es obligación del profesional actuante recabar el consentimiento informado de la mujer que resuelve interrumpir el embarazo, mediante la suscripción de una constancia que se agregará a la historia clínica, con lo cual quedan a salvo la responsabilidad tanto del médico como de la mujer que solicita la intervención. De acuerdo con lo establecido, en el plazo de 12 semanas y cumpliendo con los requisitos dispuestos en los artículos 4º a 6º, que configuran la parte general del Capítulo, la realización del aborto no es delito. Tampoco lo es en la hipótesis del artículo 7º, es decir si se realiza fuera del plazo de las 12 semanas pero frente a casos de grave riesgo de la salud de la mujer o de malformaciones congénitas del concebido, a criterio del médico actuante. Esta es una especialidad de la parte general establecida en los artículos 4º a 6º, ya que el 7º plantea la hipótesis de un aborto realizado fuera de los parámetros de los artículos anteriores pero sin que configure delito. Desde el punto de vista jurídico, entonces fuera de las 12 semanas y en las circunstancias previstas en el artículo 7º se puede practicar un aborto, ya sea cuando existe un grave riesgo para la salud, o cuando se realiza "para salvar la vida", expresión que incluye además del riesgo para la salud, todas las otras circunstancias que puedan ingresar en dicha expresión "para salvar la vida", esencia del deber médico. A su vez, en la segunda parte del artículo 7º, cuando se habla del proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida, trata el tema de aborto eugenésico de criterio restrictivo, porque sólo se trata de los incompatibles con la vida extrauterina; no es cualquier malformación. El proyecto entonces es amplio para salvar la vida de la mujer o para que no corriera riesgo su salud y restrictivo en el aborto eugenésico. El último inciso del artículo 7º, señala que en todos los casos se deberá tratar de salvar la vida del feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer. Estamos ante la situación de una mujer que no quiere realizarse un aborto, pero que debe hacérselo porque está en peligro su vida o hay un problema de malformación fetal. Es en ese sentido que se establece que si bien el aborto es legal, si hay posibilidades de salvar el feto, hay que hacerlo.

El Capítulo III, denominado "Consentimientos especiales" contiene un eje clave del proyecto; el tema del consentimiento. Hoy día, a través de la posición de Naciones Unidas en referencia con el respeto a los derechos humanos, los países ya no pretenden resolver los problemas demográficos mediante el control de la natalidad, sino que la concepción de los derechos reproductivos y sexuales ha llevado a que no se pueda planificar la población más allá de la voluntad de los individuos que la integran. Este proyecto de ley, señor Presidente, ha tomado en consideración el tema del consentimiento como eje central, teniendo en cuenta que el derecho a la reproducción o a la no reproducción es un derecho humano. Este aspecto ha sido visualizado por los expertos internacionales que han visitado la Comisión, como el doctor Faúndez, Director de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, quien manifestara que este "es el mejor proyecto de ley que he visto porque responde a gran parte de la problemática que genera la penalización del aborto" o la Sra. Frances Kissling, representante de "Católicas por el Derecho a Decidir". También se han manifestado en forma favorable al proyecto la doctora Rebecca Cook, abogada y docente canadiense, Catedrática en Derechos Humanos de la Universidad de Toronto de prominente trayectoria, que señala la visión de avanzada del proyecto, que sería único en el mundo, en cuanto relaciona a la interrupción voluntaria de la gravidez con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Esta consideración de avanzada del proyecto también se debe al equilibrio en el tema del consentimiento y de la sanción grave para quien realice un aborto a una mujer sin su consentimiento.

En lo que refiere a las mujeres menores de 18 años la finalidad de este proyecto, en su artículo 8º, es atender la situación del embarazo adolescente, otra situación de riesgo en nuestro país. En estos casos el proyecto tiene en cuenta siempre la voluntad de la adolescente que es el eje del consentimiento y cuya voluntad es complementada por el asentimiento de sus padres o representantes legales; estableciéndose incluso una solución legal para el caso de ausencia de padres o representantes, mediante el consentimiento del guardador de hecho. La figura del asentimiento, establecida en el artículo 8 citado y también en el artículo 9º cuando lo otorga el juez, es muy distinta a la del consentimiento; es un instituto jurídico que complementa la voluntad de la persona sobre la que se va a realizar el acto. Por tanto son dos figuras distintas: el consentimiento, que presta la adolescente y el asentimiento que otorgan quienes la ley establece. El proyecto establece en el citado artículo 9º, las acciones a tomar frente al no asentimiento a la interrupción del embarazo por parte de progenitores, representantes o guardadores de hecho, en lo que se conoce como "irracional disenso", que significa que quienes deben dar el asentimiento se niegan a brindarlo en forma irracional. La potestad otorgada al juez es una solución prevista por el proyecto, en cuanto establece todas las medidas y salva los posibles obstáculos para el efectivo ejercicio del derecho.

El consentimiento establece, a contrario sensu, que si alguien no da su consentimiento para interrumpir el embarazo, sea mayor o menor de edad, la intervención no puede realizarse.

El artículo 10° establece la hipótesis legal de las incapaces declaradas tales por disposición judicial. Cuyo asentimiento deberá prestarlo el juez de la interdicción, a pedido de su curador. Si bien la ley no lo establece específicamente, la reglamentación deberá determinar los casos en que la severidad de la incapacidad impide a la mujer establecer o transmitir su voluntad. El Capítulo IV del proyecto refiere a las "Disposiciones generales" y su artículo 11 establece que la interrupción del embarazo será considerada acto médico sin valor comercial, como cualquier acto médico, con lo cual se obliga a todas las instituciones de asistencia médica públicas o privadas a prestar este servicio. Es además una disposición de equidad, porque permite a todas las mujeres, independientemente de su capacidad económica, acceder a las prácticas de interrupción del embarazo, y no reitera la vulnerabilidad que presentan las mujeres de bajos ingresos. El último inciso dice: "Será de responsabilidad de todas las instituciones señaladas en el inciso anterior el establecer las condiciones técnico, profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la presente ley". Con lo que se establece una obligación para las instituciones médicas en cuanto a instrumentar las medidas para dar cumplimiento efectivo a la ley. En el artículo 12 se legisla respecto a los profesionales de la salud objetores de conciencia, a quienes se otorga un término de 30 días para que pongan en conocimiento del establecimiento de sanidad para el cual trabajan su interés de no participar en intervenciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo. Este requisito impide que la objeción de conciencia se realice en el momento de la intervención, obstaculizando su efectivo ejercicio. Este es el objetivo del proyecto, puesto que la objeción de conciencia es algo personal y no institucional; las personas jurídicas no pueden tener objeción de conciencia. Este artículo le da eficiencia al proyecto e impide tergiversar su voluntad ínsita: obligar a las instituciones médicas a efectuar las técnicas; permitiendo a los profesionales de la salud que tengan objeciones de conciencia, mantenerse ajenos a los actos médicos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, salvo casos graves o urgentes, en cuyo caso deberán prestar la asistencia debida, so pena de considerárseles omisos en su obligación. Por tanto, la ley obliga a efectuar las técnicas pero admite que los profesionales médicos se eximan de realizarlas, salvo en situaciones de gravedad o urgencia. El artículo 13 dispone, como lo señaláramos al establecer los requisitos para la interrupción del embarazo, la obligación del profesional médico de informar al MSP, a los efectos de su registro, respecto a los abortos realizados o sus complicaciones, El fundamento estadístico del registro radica en la necesidad de conocer fehacientemente cual es la extensión del problema de salud reproductiva, a efectos de buscar soluciones. El artículo 14 limita las hipótesis protegidas por el proyecto de ley a las ciudadanas o residentes en el país por mas de un año, previendo con ello el llamado "turismo abortivo" y los posibles conflictos con los países limítrofes.

El Capítulo V, denominado "De la Modificación del Delito de Aborto" incorpora modificaciones al Código Penal, especialmente en sus artículos 325, 326, 327 y 328 mediante la tutela de ciertos bienes jurídicos, fundamentalmente en situaciones extremas o de última "ratio", que son aquellas en las que socialmente no se considera posible solucionar el conflicto por otros medios. En este sentido el proyecto solamente considera la situación de delito cuando no se han cumplido las condiciones establecidas. Sólo si la interrupción se realiza fuera del plazo y las circunstancias, o sin el consentimiento de la mujer- estaremos en situación de delito. En cuanto al art. 327 es una reafirmación de que la mujer que consiente o causa su propio aborto, en los términos de la ley, está exenta de pena. El inciso primero del artículo 328 bis refiere a un aborto realizado en un caso de violación fuera del plazo de las doce semanas, que es delito pero está eximido de pena. Este no es un artículo que en lo personal considere necesario, pero entiendo que armoniza con el temperamento algo conservador de la parte penal del proyecto. El segundo inciso del art. 328 prevé las consecuencias penales en caso de muerte, lesión grave o gravísima de la mujer a consecuencia de un aborto.

El art. 16 del Capítulo antes citado refiere a la forma procedimental que deberá llevar a cabo el juez para establecer si una determinada interrupción del embarazo es lícita o no, es punible o no. Finalmente, el Capítulo VI denominado "Disposiciones finales" establece en su artículo 17 las derogaciones de las disposiciones que se oponen al proyecto a estudio, y el artículo 18 establece un plazo de vigencia de la ley a partir de los 30 días de su promulgación, plazo dentro del cual el MSP deberá reglamentar el texto legal. De acuerdo al análisis realizado, Señor Presidente, debe coincidir que el proyecto a estudio es idóneo para promover la salud reproductiva y la educación sexual, reconocer el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, garantizando servicios que lo realicen y en definitiva es idóneo para reducir el grave problema de salud que significa la morbilidad materna por interrupción del embarazo en condiciones de riesgo.

Tender al completo bienestar, físico, mental y social es el derecho a la salud que tienen todas las personas; la sanción del presente proyecto, comprensivo de todas las situaciones de riesgo, que no obliga a ninguna mujer a interrumpir su embarazo sino que le brinda herramientas para la toma de la decisión, es un paso más hacia la efectiva introducción de la perspectiva de género en la normativa legal, hacia la equidad y hacia la construcción democrática. Las mujeres uruguayas confiamos en la racionalidad y compromiso social de los legisladores que, en esta instancia, deberemos resolver si asumimos el compromiso de promover y garantizar los derechos humanos o si nos mantenemos omisos ante este desafío histórico. Evaluación final Señala uno de los tantos correos recibidos en relación con el proyecto en trámite: "Indignada acabo de ver en el informativo el caso de un niño de 5 años al que su madre (que tiene 10 hijos más) ataba con una cadena y mantenía desnudo y encerrado en un pozo de agua.

Seguramente si esa mujer hubiese podido elegir no tendría 11 hijos. Si hubiese una ley que amparase los derechos reproductivos no habría tantos hijos no queridos; no habría tantos niños maltratados; no habría tantas mujeres mutiladas o muertas a causa de abortos autoinducidos. ...Como mujer, madre y ciudadana pido a quienes tienen en sus manos el poner remedio a esta situación de injusticia social que aprueben la ley de salud reproductiva, que es muchísimo más importante que otras que protegen intereses económicos de unos pocos privilegiados". Otro correo recibido refiere a la situación de un matrimonio que advertido de la malformación genética de su hijo, plantea a su mutualista la interrupción del embarazo, y esta remite al MSP la pertinente solicitud. Dos semanas más tarde, aún sin respuesta, escribe: "Como Ud. supondrá todo este tema ha creado una situación de incertidumbre, tanto para adoptar la decisión y ahora por la agonizante espera por parte de las entidades correspondientes. Es también porque queremos la mejor seguridad para mi señora, tanto en este momento como para tener la posibilidad nuevamente a futuro de poder reintentar tener nuevos hijos, que estamos siguiendo el camino legal indicado". Sin embargo, este marido angustiado no sabe que la Comisión del MSP esta desintegrada por licencia de alguno de sus respetables miembros y que, de todas maneras, la malformación genética causante de la solicitud, no será considerada dentro del marco legal habilitante para interrumpir el embarazo, por no generar riesgos de vida a la gestante. Estas dos situaciones de vida planteadas no implican, señor Presidente, una valoración ética, moral o religiosa de la situación, sino que realizan apreciaciones prácticas que se relacionan con aspiraciones de personas que pretenden -justificadamente- una solución. No es, decíamos, un problema ético, moral o religioso, es un problema social, referido básicamente a carencias en la prestación de salud que resulta en la muerte, mutilación y lesiones y agresiones de todo tipo a miles de mujeres, frente al cual el Estado se ha demostrado incapaz en su cometido de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas y es por tanto el Estado, a través de su potestad legislativa el que deberá regular nuevamente la situación, de forma de contemplar los intereses superiores del Soberano. La Comisión de Bioética del SMU (Dra. Rotondo) ha destacado en forma permanente la imposibilidad o falacia que significa aprobar o desaprobado un proyecto como el que hoy tenemos a estudio desde el aspecto ético. En ese sentido considera que lo que sí configura una falta de ética es pretender imponer nuestra ética individual o privada sobre la ética social. Nadie, y tampoco nosotros como legisladores, practicantes o no de diversas religiones, afines a distintas posturas ideológicas, sustentadores de diferentes códigos morales, podemos imponer nuestros juicios de valor, sino que, como representantes del soberano, debemos actuar conforme a su interés general. Esto implica la aceptación de la diversidad, de la existencia de distintas y variadas miradas sobre las mismas cosas y el accionar tolerante y respetuoso de dicha diversidad. Nadie puede, so pena de cometer una falta de ética, imponer sus valores personales al decidir sobre una norma que se va a proyectar sobre la sociedad toda. Si actuáramos de esa manera, estaríamos cometiendo el mismo error que -a mi juicio- cometió la mayoría de los legisladores de

1938.

El legislador, como representante de la ética social, debe trascender su posición o circunstancias personales y, en la colisión entre los derechos de la mujer y los del concebido, optar por el que produzca menor perjuicio. Expuesto así el aspecto ético de la problemática del aborto, como legisladores debemos focalizar nuestra responsabilidad en cuanto a generadores de normas generales y abstractas, aplicables a todo el colectivo social amparado por la hipótesis legal, relegando a nuestro estricto ámbito individual las valoraciones éticas personales que el proyecto nos merece y permitir que en ese ámbito individual cada mujer resuelva de acuerdo a sus valores éticos, sin imposiciones.. Las muertes y mutilaciones de mujeres a consecuencia de abortos realizados en condiciones de riesgo plantean un grave problema nacional de salud reproductiva y debemos enfrentarlo articulando un consenso social que concrete el diseño e implementación de una política integral de salud reproductiva, única respuesta adecuada ante la magnitud de la situación.

Hacia los hombres del Senado - que se pongan en los zapatos de las mujeres Otro de los tantos correos de lectores que la prensa ha publicado refleja la opinión de un hombre que señala: "Hoy está de moda el problema del aborto y nuestros parlamentarios, mayoría hombres, han salido a opinar sobre el mismo. ¡Claro, opinar por opinar cualquiera puede hacerlo! Pero ¿no sería más conveniente dejar que este problema lo resuelvan las propias mujeres? Al fin y al cabo, que hombre ha quedado embarazado para poder hablar con propiedad sobre el tema? ¿Cuántos han sufrido los dolores de parto? ¿Cuántas veces abortó? ¿Por que no dejar que la mujer con su libre albedrío, resuelva cuando quede embarazada, si tiene el hijo o no ? ¡Es muy fácil decidir por otro cuando se está afuera del problema y no se sufren las consecuencias! ¡Al fin y al cabo quien sufre los traumas posteriores, las consecuencias y arriesga su vida es la mujer, no el hombre" No compartimos la opinión del lector en cuanto no es un problema de las mujeres, sino de la sociedad toda, y debe obtenerse una solución donde estén representados todos los involucrados. Por otra parte, la hipótesis del lector nos llevaría a reducir sustancialmente el espectro participativo del Senado, puesto que las mujeres estamos absolutamente subrepresentadas en este hemiciclo. No obstante, sí hay un aspecto del correo del lector que consideramos debe ser tomado en cuenta, y es la imposibilidad de cualquier hombre de vivir la experiencia del embarazo y/o del aborto. Es absolutamente imposible para cualquier hombre sentir la angustia, el temor y la desesperación de una mujer ante la posibilidad de un embarazo no deseado, como también es imposible que sienta la frustración y desesperanza de una mujer que desea tener un hijo y no queda embarazada. Son dos sensaciones que sólo las mujeres podemos compartir, pero que los hombres pueden intentar comprender poniéndose en nuestros zapatos y observando el mundo desde otra mirada, con otro ángulo, con otra perspectiva. El proyecto de ley que hoy tratamos nos ofrece una disyuntiva histórica: mantener la hipocresía de pensar que debemos seguir reprimiendo en la faz pública lo que aceptamos y utilizamos en la privada, o remover de una vez por todas los falsos

esquemas y comenzar a asumir las deudas que tenemos con la sociedad; Seguimos en el "maracaná jurídico" de considerarnos los adalides de la equidad y no discriminación, como señalaba la hoy recordada Dra. Graciela Dufau, o asumimos las deficiencias de nuestro sistema normativo en lo que refiere a los derechos humanos y específicamente a los derechos de las mujeres.

Mantener la legislación restrictiva del aborto no es un costo que esté dispuesta a aceptar como mujer, como médica o como legisladora, por lo que propongo que comencemos a comprender qué implica tener una visión de género en el ámbito legislativo, en la construcción de la equidad y la democracia.

El ex Presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, reflejando el sentir de esa Organización y también de la OPS y OMS, plantea: "Las mujeres no se están muriendo a causa de enfermedades incurables; se están muriendo porque en ciertas sociedades aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida".

Señor Presidente, señores senadores, creo que es el momento de que decidamos, entre todos y frente a todas las mujeres uruguayas de hoy y de mañana, que sí vale la pena salvarles la vida, que sí vale la pena reconocerles sus derechos sexuales y reproductivos y que sí vale la pena suscribir un nuevo compromiso de respeto y garantía integral de los derechos humanos, con perspectiva de género y participación equitativa, que permita la construcción de un Uruguay más democrático.

Muchas Gracias.