

La experiencia de Uruguay: el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva

The experience in Uruguay:
the *Bill for the Defense of Reproductive Health*

Mónica Xavier ¹

Abstract

This article reports on the recent Uruguayan experience with the debate on sexual and reproductive rights. While the Bill for the Defense of Reproductive Health did not pass in the Senate, both the prior process and the subsequent impacts have been relevant, generating a social debate that is still incipient but has involved the mass media, academia, and the political parties and spawning a discussion that has involved both houses of Congress for the first time. Within this context, an outstanding role has been played by NGOs devoted to the defense of women's rights (especially sexual and reproductive), who established a coordinating body that included the trade union movement, which supported the bill. The debate also led to international ties that projected it beyond the country's borders. The article briefly reviews the background and basis for the bill, the research it entailed, and the international commitments assumed by Uruguay, before concluding with a summary of the bill itself and the challenges it poses in terms of sexual and reproductive rights, specifically with regard to voluntary interruption of pregnancy.

Legislation; Reproductive Medicine; Abortion

Introducción

En mayo de 2004 el Senado de la República Oriental del Uruguay rechazó, en una votación de 17 a 13, el *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*, que ya había sido aprobado por la Cámara de Diputados. Este rechazo, producido mayoritariamente con votos de los partidos tradicionales y contrario a la opinión ciudadana, mantuvo la vigencia de la ley anterior, que data de 1938. Ésta considera el aborto como delito, con determinadas excepciones o atenuantes, e impone penas, incluso de prisión, a quienes lo cometan.

Anacrónicamente, esta ley establece como una de las atenuantes o eximentes del delito 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. Si bien esta ley está vigente desde hace sesenta y seis años, ha sido jurídicamente ineficaz para desalentar la práctica del aborto, que se continúa realizando en la clandestinidad y sin el mínimo control sanitario, lo que constituyó una de las razones para presentar el *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*.

Antecedentes y fundamentos del proyecto de Ley

Los fundamentos para poner en discusión un proyecto de estas características provenían del

¹ Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

Correspondencia

M. Xavier
Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay. Av. de las Leyes s/n, Montevideo, Uruguay.

desconocimiento del número de abortos que se producían en el país, y la existencia de algunas investigaciones que consolidaban cifras bastante altas; la existencia de compromisos internacionales provenientes de la CEDAW (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), Cairo y Beijing y la comprobación por parte de los médicos del hospital materno infantil "Pereira Rossell", un hospital de referencia en Uruguay, de un elevado número de muertes maternas por abortos realizados en condiciones de riesgo.

El Centro Internacional de Investigación de la Universidad para la Paz realiza entre el año 2002 y 2003 un estudio acerca de la problemática del aborto en el Uruguay y sus derivaciones, publicado con el título de *Condena, Tolerancia y Negación del Aborto en el Uruguay*, donde se plantea que la sociedad uruguaya asume el tema del aborto con transiciones entre la condena y la tolerancia ¹. La investigación releva la poca repercusión de la práctica del aborto en la justicia, donde sólo el 0,04% de aquellos que incurren en el delito tipificado son penalmente perseguidos, siendo estos datos estables desde hace por lo menos 15 años ¹.

En cuanto a las cifras de aborto, concluye que en el año 2000 se habrían practicado 33.000 abortos clandestinos, que significan que habría una proporción de 38,5% de abortos en un total de nacimientos más abortos, es decir, indica la existencia de una tasa de aborto del 38,5%, lo que ubica a nuestro país en el 12 lugar entre los ochenta y tantos países con estudios metodológicamente aceptables ¹. Esto también quiere decir que en el Uruguay de cada diez concepciones cuatro se abortarían. Por ello, los investigadores concluyen que hoy día la sociedad uruguaya 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.

Finalmente, una de las razones de mayor peso para presentar el proyecto de defensa de la salud reproductiva lo constituía la realidad social y sanitaria del Uruguay con respecto a los procedimientos y prácticas del aborto, puesto que el aborto es, indudablemente, un grave problema de salud. 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, clasificados en dos grandes grupos: los medicalizados (81,0%), ejecutados en clínicas clandestinas con participación de profesionales de la salud, y los realizados me-

dante prácticas de sabiduría popular (19,0%), a los que recurren las mujeres que no tienen acceso a los otros ¹.

El Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Ginecología del Uruguay, la Facultad de Medicina, 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 escala mundial como en nuestra realidad nacional. No hay otro indicador sanitario 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, lo hacen – mayoritariamente – como consecuencia de retrasos en su diagnóstico, ya sea por no poder acceder a la consulta o a la terapéutica.

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 ². Esas muertes representan el 27,9% de la mortalidad general. No obstante, fue mucho más preocupante la constatación de que en la puerta del Hospital Pereira Rossell el señalado porcentaje ascendía a 47,0%, lo que daba la pauta de la gravedad del tema, teniendo presente que los porcentajes de mortalidad materna a nivel mundial son de un 13,0%, en América Latina son 21,0% y en Sudamérica 24,0%.

Aspectos generales del proyecto

El *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*, que fuera tratado en el Senado durante el 2004, tiene varios aspectos de relevancia desarrollados en seis Capítulos:

- El Capítulo I, se titula *De los Deberes del Estado* e instituye al Estado como garante de los derechos sexuales y reproductivos, siendo su obligación asegurar 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.

Otro de sus aspectos relevantes es que obliga al Estado a establecer programas con respaldo presupuestario para la implementación de

la ley, poniendo a cargo del Ministerio de Salud Pública, responsable de los cometidos establecidos por el proyecto de ley, la obligación de incluir en su presupuesto un ámbito institucional para su ejecución. Por este artículo se establecen los objetivos del programa, entre los que se destaca la promoción de la educación sexual y 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, protegiendo a quienes utilicen las técnicas de una nueva culpabilización por la decisión tomada.

- El Capítulo II, titulado *Circunstancias, Plazos y Condiciones de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* 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, que se han producido las mayores polémicas, tanto en el seno de la Comisión de Salud Pública del Senado como en la deliberación parlamentaria, ya que se encuentra en el centro de la discusión de la sociedad uruguaya.

El punto se refiere concretamente a si el artículo 4 del *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva* choca, en algún sentido, con el artículo 4º del Pacto de San José de Costa Rica, que 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. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos interpreta que la frase “en general” establecida en el texto, permite a los países mantener las leyes que existían con respecto al aborto.

Asimismo, se ha producido alguna polémica respecto a la decisión exclusivamente femenina de culminar un embarazo, y que se fundamenta en investigaciones que revelan la escasa responsabilidad del padre biológico después del divorcio o la separación, donde en el 80,0% de los casos no se brindan, ni siquiera las pensiones alimenticias que obliga la ley. Esto se traduce en que, en general, las mujeres son las que enfrentan la crianza de los niños, su educación, en definitiva la carga parental. Enton-

ces, se considera de justicia que la última resolución sea tomada por la mujer. No obstante, 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 su pareja.

Al determinarse los requisitos y condiciones para ejercer el derecho que se confiere, se establece una carga para el médico, consagrada en su propio interés y por la cual se obliga al médico a quien se plantea la realización de la técnica de interrupción del embarazo 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, el profesional deberá dejar constancia en la historia clínica de haber cumplido los requisitos previstos y registrar – sin revelar identidad de la usuaria – las situaciones de aborto o sus eventuales complicaciones, a través del Ministerio, con la finalidad de tener mayor conocimiento estadístico de la realidad.

Dentro de las razones que el médico deberá tomar en cuenta para realizar la interrupción del embarazo se prevén las circunstancias en que se ha producido la concepción, penuria económica, circunstancias sociales, familiares o de edad de la interesada, que en su opinión no le permiten continuar la gestación. También es obligación del profesional actuante recabar la conformidad 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, la realización del aborto no es delito. Tampoco lo es si se realiza fuera del plazo de las 12 semanas, pero ante casos de grave riesgo de la salud y de malformaciones congénitas, o cuando se realiza “para salvar la vida”, conforme criterio del médico actuante. En cuanto a las malformaciones congénitas incompatibles con la vida, incluye el aborto eugenésico de criterio restrictivo, porque sólo se trata de aquel incompatible 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 Capítulo III, denominado *Consentimientos Especiales*, contiene uno de los ejes clave del proyecto; el tema del consentimiento. Hoy día, los países ya no pretenden resolver los pro-

blemas demográficos mediante el control de la natalidad, sino que la concepción de los derechos reproductivos y sexuales ha determinado que no se pueda planificar la población más allá de la voluntad de los individuos que la integran.

El derecho a la reproducción o a la no reproducción es concebido por el proyecto como un derecho humano, por lo cual se conjuga el tema del consentimiento con 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 es atender la situación del embarazo adolescente, otro grave problema 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. Se establece incluso una solución legal para el caso de ausencia de padres o representantes, mediante el consentimiento del guardador de hecho o, en su caso por el juez, cuando aquellos se niegan a brindarlo en forma irracional.

- El Capítulo IV del proyecto se refiere a las *Disposiciones Generales* y se refiere a 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, a acceder a las prácticas de interrupción del embarazo, y no reitera la vulnerabilidad que presentan las mujeres de bajos ingresos.

También prevé el proyecto la situación de 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 Capítulo culmina con una limitación de las hipótesis protegidas por el proyecto de ley a las ciudadanas o residentes en el país por más de un año, a fin de evitar el turismo abortivo y los posibles conflictos con los países limítrofes.

- El Capítulo V, denominado *De la Modificación del Delito de Aborto*, incorpora modifica-

ciones al Código Penal, considerando la existencia de delito cuando no se han cumplido las condiciones previstas. Sólo si la interrupción se realiza fuera del plazo y las circunstancias, o sin el consentimiento de la mujer, estaremos en situación de delito. La mujer que consiente o causa su propio aborto, en los términos de la ley, está exenta de pena.

Tampoco se considera delito, aún fuera del plazo de 12 semanas, un aborto realizado en un caso de violación. Por otra parte, se establecen consecuencias penales en caso de muerte, lesión grave o gravísima a la mujer como resultado de un aborto. El juez, mediante un procedimiento legal que se determina, establecerá si una determinada interrupción del embarazo es lícita o no, es punible o no.

- El Capítulo VI, denominado *Disposiciones Finales*, establece derogaciones de las disposiciones anteriores y plazo de vigencia de la ley, a partir del cual el Ministerio de Salud Pública deberá realizar su reglamentación.

Evaluación final

A pesar de los esfuerzos realizados por la sociedad civil, el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, las entidades gremiales de la salud, la Academia y algunos sectores religiosos, el proyecto no fue aprobado. Pese a que el Uruguay es un Estado laico, la intolerancia de algunos sectores religiosos hizo presión sobre quienes debían decidir, haciéndoles olvidar los compromisos del Estado con la comunidad internacional y fundamentalmente con las mujeres. Sin embargo, esa coordinación en defensa de la salud reproductiva ha cambiado la óptica con la que se ve el problema, ha llevado a la luz pública un debate que antes permanecía oculto y ha dado a las mujeres más herramientas para defender sus derechos.

El aborto no es un problema 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. La Comisión de Bioética del Sindicato Médico del Uruguay ha destacado la falacia que significa aprobar o desaprobar un proyecto como este desde el aspecto ético. También es sinónimo de intolerancia pretender imponer nuestra ética individual o privada sobre la ética social. Nadie puede imponer sus propios juicios de valor, obviando el principio de la diversidad, de la existencia de distintas y variadas miradas sobre las mismas cosas y el accionar tolerante y respetuoso de dicha diversidad.

Las muertes y mutilaciones de mujeres, a consecuencia de abortos realizados en condiciones de riesgo, plantean un grave problema nacional de salud reproductiva que debe enfrentarse 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. El proyecto de ley ofrecía una disyuntiva histórica: seguir reprimiendo en la faz pública lo que se acepta y utiliza en la privada, o promover un cambio de actitud frente a los problemas sociales.

Si bien la experiencia uruguaya no ha sido satisfactoria en cuanto a instaurar una ley que consagrara los derechos sexuales y reproductivos, sí lo ha sido en cuanto a incorporarlos a la agenda pública. Ello implicó la existencia de un debate social, que aunque insuficiente, ha involucrado diversos actores. Ha implicado asimismo la involucración de los medios de comunicación, que promovieron el debate. Ha

incorporado a la Academia, que se manifestó desde diversos ámbitos en defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Ha introducido en el tema a los partidos políticos, generalmente reacios a discutir temas que cortan transversalmente el espectro social. Ha incentivado la participación de las Organizaciones no Gubernamentales defensoras de los derechos de las mujeres, y en especial de aquellas que promueven los derechos sexuales y reproductivos, las que tuvieron la capacidad de articular alianzas con el movimiento social en general, el movimiento sindical y actores internacionales públicos y privados que se organizaron para ejercer la defensa del proyecto. El proyecto de defensa de la salud reproductiva ha permeado finalmente el ámbito parlamentario, puesto que ha sido la primera vez que un proyecto de este tipo se discute en ambas Cámaras, dado que los anteriores nunca habían salido del entorno de las comisiones parlamentarias.

Resumen

El artículo se refiere a la experiencia uruguaya de estos últimos años respecto al debate sobre los derechos sexuales y reproductivos. Si bien el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva no pudo salvar la barrera del Senado, tanto el proceso previo como los impactos posteriores, han sido relevantes, generando un debate social, aún incipiente, pero que ha involucrado a medios de comunicación, la Academia y los partidos políticos y convocando a una discusión que por primera vez se realiza en ambas Cámaras. En dicho contexto debe destacarse el papel de las ONGs defensoras de los derechos de la mujer – en especial de los sexuales y reproductivos –, quienes concretaron una coordinación, incluyendo al movimiento sindical, que apoyó la propuesta parlamentaria. El debate generó asimismo vínculos internacionales que lo proyectaron fuera de fronteras. El artículo releva brevemente antecedentes y fundamentos del proyecto, las investigaciones realizadas, los compromisos internacionales asumidos por el país, culminando con una síntesis del mismo y de los desafíos que se generan en torno a los derechos sexuales y reproductivos, y concretamente respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.

Legislación; Medicina Reproductiva; Aborto

Referencias

1. Sanseviero R. Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay. Montevideo: Frontera; 2003.
2. Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay; 2002.

Recibido el 17/Ene/2005
Aprobado el 31/Ene/2005