

*Seminario Regional
Monitoreo de la Atención de las
Complicaciones Post aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas
Foro por los Derechos Reproductivos,
Buenos Aires, 21 y 22 de abril 2003*

INFORME URUGUAY

Investigadora: Ps. Alejandra López Gómez¹

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.1 Población: número de habitantes, desglosado por sexo y grupos de edad.

Población total: 3.322.141² habitantes

Población según sexo:

Mujeres: 1.712.942
Hombres: 1.609.199

Población según Grupo Etario³:

<u>Edad</u>	<u>Población</u>
<u>0 - 14</u>	<u>793.871</u>
<u>15 - 44</u>	<u>1.343.202</u>
<u>45 - 79</u>	<u>938.570</u>

1.2 Mortalidad materna.

No es posible contar con la información sobre la evolución de la tasa de mortalidad materna en los últimos 20 años, y sus variaciones por región y sector socioeconómico.

¹ Psicóloga. Docente e investigadora de la Universidad de la República, donde coordina la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología. Activista integrante de la coordinación de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay).

² Instituto Nacional de Estadística, Censo de Población 1996.

³ Idem.

Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos

Año	Tasa
1996	1.9
1997	2.9
1998	2.8

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Departamento de Estadísticas

MORTALIDAD MATERNA EN URUGUAY EN EL PERIODO 1995 – 1999, SEGÚN CAUSAS.

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999
ABORTO	5 (36%)	4 (36%)	4 (24%)	3 (21%)	1 (16%)
CAUSA OBSTETRICA DIRECTA	7	7	11	6	5
Hemorragias	0	2	-	-	-
Estados Hipertensivos	1	1	-	-	-
Infecciones Genitourinarias	1	0	-	-	-
Puerperales	2	1	-	-	-
Otras	3	3	-	-	-
CAUSAS OBSTERICAS INDIRECTAS	2	0	2	5	0
TOTAL	14	11	17	14	6

FUENTE: Uruguay. MSP. División Estadística

Según señala el estudio de Briozzo et al. (2001) “*el aborto causa el 36% del total de las muertes maternas en 1995, 36% en 1996, 24% en 1997, 21% en 1998 y 16% en 1999. El aborto en forma aislada, es la principal causa de muerte materna en el periodo analizado. En la información del MSP no se especifica cuál complicación del aborto lleva a la muerte materna. Si de ese total nacional se desagrega la mortalidad correspondiente a la maternidad mas importante del país, la del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), donde anualmente hay 9500 nacimientos, la situación es extremadamente preocupante. La mortalidad materna en el CHPR en el quinquenio 1996 – 2001 se muestra en la tabla siguiente:*”

MUERTES MATERNAS EN EL CHPR. PERIODO 1996 – 2001*

AÑO	NUMERO TOTAL DE MUERTES	MUERTES POR COMPLICACIONES DE ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO
1996	2	1
1997	4	1
1998	1	0
1999	-	-
2000	1	0
2001	5	4

FUENTE: Uruguay. Sistema Informático Perinatal. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

* La información del año 2001 corresponde sólo al período enero – setiembre.

Continúa el mencionado estudio: “*En el quinquenio 1996 – 2001 se han producido en el CHPR 13 muertes maternas. De ellas, 6 (47%) se debieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo. A pesar de que no podemos establecer una comparación*

estrictas con las cifras para el total, el aborto como causa de muerte es sustancialmente mayor en el CHPR con respecto a la media nacional. Es necesario tener también en cuenta el casi seguro sub registro, dado que ni las mujeres – aún en inminencia de muerte – ni su entorno – incluso después de la muerte – suelen admitir el haber realizado un aborto provocado. Esta situación se ha agravado dramáticamente en los primeros 8 meses del año 2001 donde se han producido 5 muertes maternas, siendo 4 de las mismas por complicaciones debidas a aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto hace que en el primer año del siglo XXI el 80% de las muertes maternas en el CHPR hayan sido causadas por abortos en condiciones de riesgo.”⁴

2. SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO

El aborto voluntario en Uruguay está penalizado a partir de la Ley N° 9763 del año 1938. Había sido desincriminado totalmente como conducta en el Código Penal de 1934 (Dr. Irureta Goyena). En consecuencia, podía realizarse por cualquier persona, en cualquier lugar, sin expresión de causa y durante todo el tiempo de la concepción hasta el nacimiento. Según el estudio de Dufau (2000)⁵: *“Importa analizar esta solución por su anticipación en el tiempo. Por esos años, muy pocos países habían desincriminado la conducta y por supuesto, ninguno en América. Era lo que podemos llamar una “despenalización total”, con ausencia absoluta de regulación, sin causales ni plazos (no se conoce otro caso igual en derecho comparado). Trajo como consecuencia, la reacción no sólo de los sectores confesionales, sino de otros sectores de la opinión pública que no estaban dispuestos a apoyar una solución tan radical”.*

Respecto a este período (1934 – 1938) es de resaltar la investigación histórica de la Lic. Graciela Sapriza⁶, quien analiza los factores políticos y socio-históricos que generaron ese período de desincriminación.

Según la Ley vigente, se declara delito el aborto consensual, que ingresó al Capítulo IV del C. Penal de 1934, como artículo 325 y siguientes. Es la norma vigente que establece: “325. Aborto con consentimiento de la mujer: La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión, de tres a nueve meses.

325 bis. Del aborto realizado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer: El que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento con actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.

325 ter. Aborto sin consentimiento de la mujer: El que causare el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría.

⁴ Briozzo, L. Et al (2001): El aborto en condiciones de riesgo: principal causa de mortalidad materna en Uruguay. Clínica de Ginecología A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo.

⁵ Dufau, G. (2000) Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina. Informe Uruguay para CLADEM.

⁶ Ver: Sapriza, G. (1999) “Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en Uruguay (1934 -1938)” En: Revista Encuentros N° 6. Fondo de Cultura Universitaria. Montevideo. Sapriza, G. “Entre o deseo e a norma. Direitos tardios” En (autores varios) Saude, sexualidades e reproducao en America Latina. Fundacion Carlos Chagas Ed. 34, Sao Pablo. Sapriza, G. (1996) “Mentiras y silencios” En: Historias de la Vida Privada en Uruguay. Tomo II, Ed. Taurus. Montevideo.

326. Lesión o muerte de la mujer. Si a consecuencia del delito previsto en el art. 325 bis, sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de de dos a cinco años de penitenciaría, y si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría.”

"327. Circunstancias agravantes.- Se considera agravado el delito:

1º Cuando se cometiera con violencia o fraude.

2º Cuando se ejercitare sobre la mujer menor de dieciocho años, o privada de razón o de sentido.

3º Cuando se practicara por el marido o mediando alguna de las circunstancias previstas en el inciso 14 del artículo 47 ."

"328. Causas atenuantes y eximentes.-

1º Si el delito se cometiera para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias del hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil de honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo.

2º Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, para eliminar el fruto de la violación, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, y si se efectuare con su consentimiento será eximido de castigo.

3º Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, por causas graves de salud, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento o para salvar su vida será eximido de pena.

4º En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena.

5º Tanto la atenuación como la exención de pena a que se refieren los incisos anteriores regirá sólo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. El plazo de tres meses no rige para el caso previsto en el inciso 3º.”⁷

Según Dufau, “*brevemente, vale la pena destacar que la sanción aplicable a la mujer, oscila entre un mínimo de 3 y un máximo de 9 meses de prisión; que algunas de las circunstancias atenuantes previstas, son de similar tenor a las del Código del 89 e ingresan otras. Se deja a criterio del Juez y de acuerdo a las circunstancias de hecho, la posibilidad de eximir totalmente de castigo, siempre que el aborto fuera practicado: con el consentimiento de la mujer, por un médico y dentro de los 3 primeros meses de la concepción.*”

⁷ Dufau, Graciela: (1989). Regulación Jurídica del Aborto en Uruguay. Serie Documentos GRECMU, Montevideo

La legislación vigente es represiva, punitiva e ineficaz⁸, generando la práctica clandestina del aborto, la cual se produce las más de las veces de manera insegura, provocando altos riesgos en la salud de la mujer e incluso la muerte.

3. ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, INCLUYENDO LA ANTICONCEPCION

3.1 Políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva.

Uruguay se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a los experimentados por las poblaciones de los países industrializados (TGF 2.3), reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país exhibe una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo. En este marco se explica la creencia, fuertemente arraigada en el conjunto de la sociedad, de una igualdad entre hombres y mujeres, imaginario éste que se ha visto confrontado en la última década, con las evidencias sobre la situación desigual entre unos y otras, en diversas esferas sociales.

Este temprano proceso de transición demográfica hizo pensar históricamente que Uruguay carecía de “problemas” de población. En términos promediales, la TGF es baja (2.3); sin embargo el comportamiento reproductivo difiere según los sectores socio-económicos. Uruguay se reproduce en el tercio más pobre de su población. *“A nivel poblacional-demográfico Uruguay siempre mostró un comportamiento atípico, por lo general atribuido a la influencia de las oleadas de inmigrantes europeos, a la extensión de un relativo buen nivel de vida, en parte como consecuencia del welfare state, a la escolarización masiva, especialmente el temprano acceso de las mujeres a educación superior. (...) sin embargo, en los últimos 30 años se han venido procesando cambios en el comportamiento reproductivo, cambios en la distribución de la estructura etaria de la fecundidad, con un incremento importante entre las adolescentes, con un alto porcentaje de hijos nacidos fuera del matrimonio legal”* (López Gómez, Rostagnol, 1998)⁹

Según las investigaciones disponibles, y teniendo en cuenta las limitaciones de registro existentes, se puede afirmar que el inicio de la transición de la fecundidad en Uruguay *“sucede en la década de 1920 o más precisamente en el quinquenio anterior, de 1915-1919 al mismo tiempo que en los países de Europa meridional y prácticamente cinco décadas antes que la mayoría de los países latinoamericanos”*. (Polero, 1994)

Según el estudio de Sapriza, *“este proceso se inició en las primeras décadas del siglo simultáneamente a la consolidación de una sociedad de clases medias, dos aspectos característicos del acceso a la “modernidad” en el país. Se postuló un “nuevo modelo de*

⁸En un estudio de los procesamientos totales en el país realizado en la década de 1980 el número de procesamientos por aborto es ínfimo. En 1980 sólo el 0,84 % correspondieron al proceso por aborto (sobre un total de 6.635 personas), en 1981, el 0,60 %; en 1982, el 0,42 %; en 1983, el 0,43 %. En el trabajo citado por Dufau, se indica que el número de procesamientos por aborto ascendió a 11 durante el año 1982 y sobre el 20 % de ellos no recayó condena alguna.

⁹ López Gómez, A., Rostagnol, S. (1998): “Salud Reproductiva, Sexualidad y Políticas públicas” En: Avances en la investigación social en sexualidad y salud reproductiva. CEDES, CENEP. Bs. As.

familia" y un nuevo rol para la mujer, con menos hijos a los que debía atender en su salud y educación para garantizar su sobrevivencia." (Sapriza, 1998).

La maternidad comenzará a ser valorizada en función de la capacidad de la mujer para la crianza de los hijos, y ya no en función de la capacidad para parir hijos. La ecuación mujer = madre se sostendrá en el supuesto a menos hijos mejor madre, en tanto los puede criar bien.

En el mismo estudio se señala que *"el aborto, se presenta como el principal regulador de los nacimientos"*. (Sapriza, 1998) Para la autora, *"tan extendida debe haber sido su práctica que se registra ese hecho excepcional en el contexto latinoamericano, la despenalización del aborto en 1934 (la prohibición establecida por el viejo Código de 1889, de todas maneras, no había impedido que el aborto fuera práctica común anticonceptiva)."* Despenalización que se concretará hasta el año 1938 año en el cual – debido a las presiones de los sectores conservadores y católicos - se aprueba la Ley vigente (Ley N° 9.763) que tipifica al aborto como un delito en todas sus causales estableciendo atenuantes en algunas circunstancias.

El país desarrolló tempranamente programas de salud materno-infantil tanto en el sector público como privado, que permitieron lograr indicadores de mortalidad infantil significativamente menores al resto del continente, asimismo logró la captación temprana y un buen control de embarazo, y una alta institucionalización de la atención del parto (99 %). La valoración del "binomio madre – hijo" y el rol de la madre como pilar del cuidado en la salud infantil y familiar fueron ejes que sostuvieron esta propuesta. El desarrollo del modelo materno infantil, su institucionalización y hegemonía, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque.

La visión hegemónica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud familiar, el desarrollo del área materno infantil, la venta libre en farmacias de métodos anticonceptivos orales, la baja TGF serían algunas de las razones que explicarían que, hasta el año 1996, no se hayan establecido desde el Estado, políticas y programas que abordaran integralmente la salud de las mujeres en los aspectos sexuales y reproductivos.

Según el estudio de López Gómez et al¹⁰. (2002), a partir de la segunda mitad de la década del 60, y en el marco de una tendencia internacional hacia los países del Tercer Mundo de desarrollar políticas de población con un perfil de control de la natalidad, los servicios de planificación familiar en Uruguay se brindaban exclusivamente a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada filial de la IPPF. En el año 1967, el Ministerio de Salud Pública aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH y la coordinación con la división de Higiene y Asistencia del propio ministerio. Se asignan locales, se designan recursos humanos y materiales y se describen los cometidos esenciales de dicho consultorio y laboratorio de investigación. Es decisión de las autoridades ministeriales del momento, la autorización para que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha asociación. La AUPF, operando dentro de las instalaciones del MSP, suministra métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública.

¹⁰ López Gómez, A., Benia, W., Contera, M. Echebeste, L., Güida, C. (2002). Informe Final Investigación: Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Fundación Mexicana para la Salud – Facultad de Psicología, Udelar. Montevideo.

Esta situación sostenida por años, se “naturalizó” a punto tal que, muchos/as usuarias y profesionales de la salud pública, estuvieron convencidos/as de que estos servicios los brindaba el Estado a través del MSP.

En el año 1996, y a partir de la CIPD (1994) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), se inauguraron, en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron la anticoncepción. Uno de ellos ubicado en el MSP y otro en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de su sistema local de atención primaria.

El Programa del MSP, *Programa Maternidad - Paternidad Elegida*, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud). Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizado el apoyo internacional. Instaló servicios de planificación familiar, a nivel de los Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. Se incorporaron 40 médicos de familia a la estrategia de cobertura anticonceptiva. En el documento¹¹ de Informe Final las metas del Programa oscilaban entre marcos conceptuales centrados, tanto en el “*combate a la extrema pobreza*”, como en “*la defensa de los derechos sexuales y reproductivos*”, evidenciando una tensión paradigmática y conceptual. Durante el período de ejecución del Proyecto, se desarrollaron estrategias de información y educación comunitaria, y se elaboraron recomendaciones sobre normas en salud sexual y reproductiva con la participación de una diversidad de actores, incluidas las organizaciones de mujeres.

En el período de ejecución del Programa, el MSP a través de la División Promoción de la Salud y con el apoyo de la OPS, convocó a diversos actores (sociales, políticos, académicos) para la discusión y elaboración de un Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva. Este proceso demandó cerca de un año de trabajo, finalizando con la publicación¹² de sus resultados. El Plan no se ejecutó hasta el momento.

Respecto al programa municipal (*Programa de Atención Integral a la Mujer, Sub - Programa Maternidad Informada y Voluntaria*), el mismo se inició hacia el año 1996, también con apoyo del FNUAP y que actualmente funciona en las 18 Policlínicas municipales con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales del gobierno de Montevideo.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se generaron condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. A nivel del interior del país, según el relevamiento¹³ realizado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) en diciembre del año 2002, muestra que existen actualmente 52 establecimientos de salud que ofrecen prestaciones en anticoncepción. Importa resaltar que estos servicios difieren en su calidad y continuidad, y no están articulados en un Programa, como sí sucede con los del Depto. De Montevideo. A nivel del MSP, las recientes propuestas en salud reproductiva han

¹¹ Documento Informe Final Proyecto Maternidad y Paternidad Elegida, MSP. Noviembre de 2000.

¹² MSP – OPS: Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva 2002 - 2003. Montevideo 2000.

¹³ Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. MYSU – FNUAP. Montevideo, 2002.

padecido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades como la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política. Desde el inicio del Programa Maternidad - Paternidad Elegida, se han producido cambios en las acciones ministeriales que han estado determinadas por los cambios de autoridades y las perspectivas de los sucesivos decisores. Es en esta lógica, que en el año 2000 se decide el cese de la ejecución del mencionado programa y un cambio de estrategia para garantizar una mayor cobertura a través de la incorporación de los servicios de anticoncepción en la estructura ministerial mediante el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado, efectores asistenciales del MSP). En Montevideo se implementó, el *Programa de Salud Integral de la Mujer* (SIM) el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001. El Programa SIM funciona en Montevideo a nivel de los 10 Centros de Salud Pública.

Ambos programas, el ubicado en la órbita ministerial, y el ubicado en el gobierno municipal de Montevideo, (Programa SIM y Programa PAIM, respectivamente) ofrecen a las usuarias como métodos anticonceptivos gratuitos o a costo de reposición (en el caso de las policlínicas municipales): el DIU, preservativos masculinos, métodos hormonales. A partir del presente año, ambos programas han incorporado a sus servicios la anticoncepción de emergencia. Desde hace varios años, la AE es de venta libre en farmacias en todo el país. A nivel de los servicios del interior del país, se ofrecen los métodos anticonceptivos mencionados, sin incluir al momento la AE.

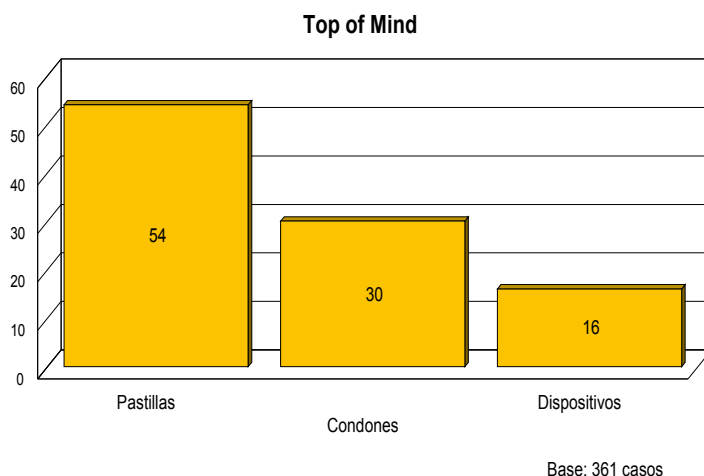
Un avance importante a nivel del gobierno municipal de Montevideo lo constituye la elaboración y puesta en marcha del *Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la Ciudad de Montevideo*, lanzado el 8 de marzo del año 2002. Este Plan incluye un capítulo referido a los Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyos objetivos apuestan a una profundización en la materia de lo realizado desde los Programas Sociales y de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo. Se incorpora dentro de las acciones a desarrollarse dos asuntos no planteados anteriormente: la anticoncepción de emergencia, y la consideración del aborto clandestino e inseguro como un grave problema de salud pública, ante el cual se establece el compromiso de promover el debate público sobre este tema.

3.2 Acceso y calidad de la información, orientación y servicios de anticoncepción.

Como ya mencionáramos los servicios públicos en materia de salud reproductiva que incluyen las prestaciones en anticoncepción son de reciente data en el país. En lo que respecta a los programas del MSP los mismos no han contado con una estrategia sostenida de difusión que favorezca la accesibilidad de la población usuaria. En el caso de la IMM, se han desarrollado estrategias de difusión, así como de educación y orientación en salud reproductiva, que han favorecido la accesibilidad de la población usuaria. De todas formas, en ambos casos no se cuenta con estudios sobre calidad de atención.

3.3 Tasas de uso de métodos anticonceptivos (con distribución por regiones, franjas etáreas, etc.).

Uruguay no ha realizado encuestas nacionales sobre prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos. El estudio realizado por CELSAM señala que:



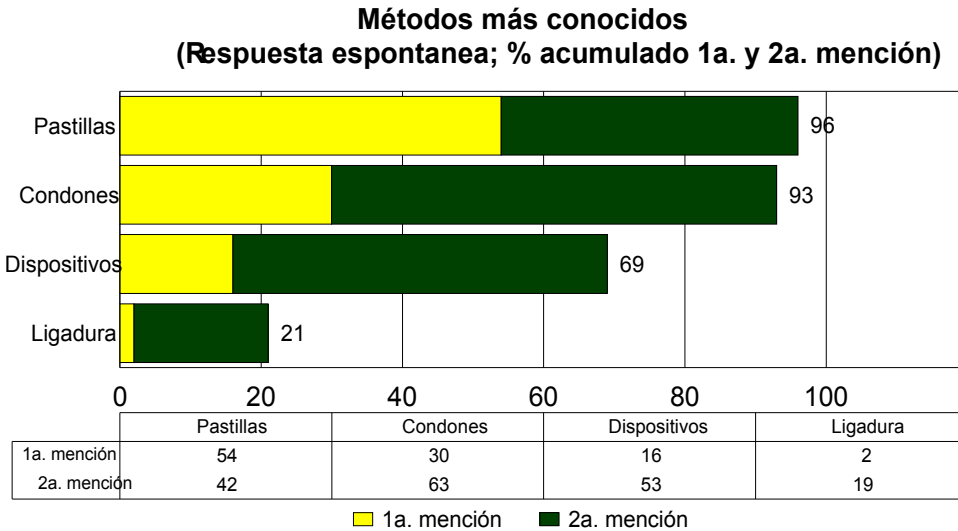
El método anticonceptivo más posicionado entre las mujeres de Uruguay son las pastillas (54%), seguido por el condón (30%) y los dispositivos (16%).

METODO	%	OBSERVACIONES
PASTILLAS	54%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La recordación de pastillas anticonceptivas es más frecuente conforme se incrementa la edad y el nivel educativo de las entrevistadas. ✓ Asimismo, este método está más presente entre las mujeres que tienen pareja sexual y religiosidad pasiva, particularmente del nivel socioeconómico medio.
CONDÓN	30%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En caso contrario, a menor edad es mayor el posicionamiento de los condones entre las uruguayas, reduciéndose significativamente conforme se incrementa la edad. ✓ El condón es más recordado también entre mujeres de nivel socioeconómico alto y que dicen no haber tenido relaciones sexuales y, por lo tanto, que nunca han usado un método anticonceptivo.
DISPOSITIVO	16%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Destaca ligeramente una mayor recurrencia a recordar este método por parte de las mujeres con una religiosidad activa.

En cuanto a los métodos mencionados espontáneamente por la encuestadas, el informe señala que:

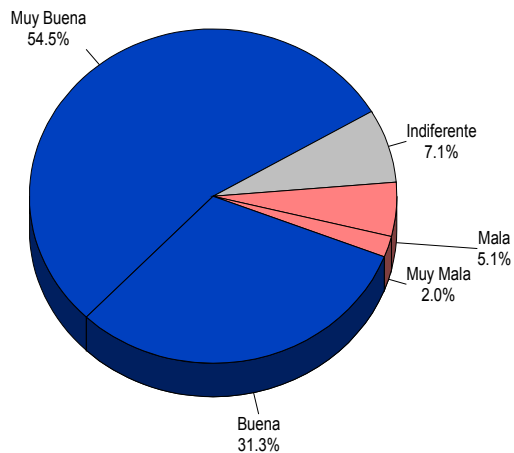
- ✓ Al considerar las diferentes menciones espontáneas por parte de las entrevistadas sobre métodos anticonceptivos, se observa que prácticamente la gran mayoría dice conocer tanto a las pastillas (96%) como al condón (93%)

- ✓ Casi dos de cada tres uruguayas identifica espontáneamente a los dispositivos (69%).
- ✓ El resto de los métodos anticonceptivos son poco o nada conocidos por las mujeres de Uruguay.



Base: 361 casos

En cuanto a la valoración de los métodos anticonceptivos el estudio señala que:



Base: 361 casos

- ✓ Las opiniones **favorables (85%)** hacia los métodos anticonceptivos son más consistentes a mayor edad de las entrevistadas, particularmente quienes tienen un nivel socioeconómico alto.
- ✓ Entre quienes juzgan de manera **negativa (7%)** a los anticonceptivos, se observa una ligera tendencia por parte de mujeres con religiosidad activa.
- ✓ La **indiferencia (7%)** es más constante entre quienes dicen nunca no haber tenido relaciones sexuales, y por lo tanto no haber usado método alguno.

3.4 Barreras al acceso y uso de métodos anticonceptivos.

El estudio mencionado señala que “la Farmacia es donde más uruguayas han recurrido para obtener un método anticonceptivo (41%); otras opciones, aunque con menor frecuencia es a través de Clínicas y Hospitales Públicos (23%), lo consigue su pareja (17%), o bien, con un médico (14%)”.

Si bien no existen estudios sobre barreras para la accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos, algunos elementos significativos merecen ser mencionados: la inexistencia de Educación Sexual a nivel de la Enseñanza Pública, la escasa difusión de los servicios de anticoncepción a nivel del sector público, la reciente incorporación de estas prestaciones en los servicios de salud pública, la no incorporación de algunos MAC (en particular el DIU) a nivel del sub-sector privado de la salud, seguramente inciden en la accesibilidad de las mujeres.

4. DATOS SOBRE EL ABORTO Y LOS ABORTOS COMPLICADOS

4.1 Datos de egresos hospitalarios por complicaciones post-abortivas (con distribución por franja etárea), y su evolución en los últimos 10 años.

No se dispone de esta información.

4.2 Datos de egresos hospitalarios por otras causas ginecológicas y obstétricas.

No se dispone de esta información

4.3 Número estimado de abortos inducidos por año, su evolución en los últimos 10 años, y elementos que han influido en los cambios observados.

No existen estimaciones confiables sobre la incidencia del aborto inducido en el país. De todas maneras, mencionaremos aquellas que se han difundido, las cuales cuentan con más de veinte años. En el año 1975 se difunde el trabajo realizado por los Dres. Morel, Serra, Alvarez y González, basado en la revisión de historias clínicas, que indican que en ese año alrededor del 50 % de las mujeres que consultaron a nivel mutual y el 39 % de las que consultaron en el Ministerio de Salud Pública, admiten haberse realizado por lo menos un aborto provocado. En el año 1983, fueron publicadas en el Semanario Búsqueda, estimaciones según las cuales se llevarían a cabo entre 50.000 y 150.000 abortos por año. Del trabajo realizado por el Dr. Pienovi sobre la base de una encuesta presentada a 1.000 mujeres usuarias del Ministerio de Salud Pública (MSP), surge que en el quinquenio 1975-80 cada 100 partos se produjeron 30 abortos voluntarios.

Estas cifras son notablemente menores a las aportadas por el Prof. Hermógenes Alvarez en 1974 de 150.000 abortos anuales.

4.4 Métodos abortivos de utilización más común.

No existen estudios sobre métodos abortivos de utilización más común. Esto depende del lugar de ocurrencia del aborto y de las condiciones en las cuales se practica.

4.5 Proveedores/as de servicios de aborto.

En cuanto a los proveedores/as de servicios de aborto se deben señalar que todos ellos son en el marco de la clandestinidad que impone la legislación vigente. Entre las prácticas clandestinas deben ubicarse la existencia de clínicas médicas que ofrecen servicios de mayor confiabilidad, en general a altos costos económicos. También el aborto inducido es practicado, según denuncias públicas recientes, por supuestas parteras o por mujeres de las comunidades, generalmente en condiciones de inseguridad sanitaria.

Se encuentra en curso una investigación sobre Clínicas Clandestinas cuyos resultados no se han difundido al momento (R. Sanseviero, UPAZ, NNUU)

4.6 Acceso a información, orientación, servicios, tecnologías y recursos económicos para la realización de abortos.

Dada la clandestinidad de la práctica del aborto inducido no existen servicios públicos de información y orientación, así como tampoco recursos económicos disponibles para realizar esta práctica.

5. DATOS SOBRE EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LA ATENCION POSTABORTO

5.1 Políticas públicas sobre la atención postaborto.

No existen políticas públicas para la atención postaborto. En noviembre del año 2001, el Grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en condiciones de Riesgo¹⁴, con el aval de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y la Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Uruguay, presentaron ante el Ministerio de Salud Pública una propuesta de Normativas y Guías Clínicas para la Orientación Pre y la Atención Post Aborto, en el marco legal vigente. Las mismas no fueron al momento aprobadas por el MSP.

5.2 Existen estudios cualitativos sobre calidad de la atención post aborto?

No existen.

5.3 Acceso y calidad de los servicios de atención post aborto, incluyendo la orientación.

¹⁴ Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. SMU, SGU, Facultad de Medicina/Udelar. Montevideo 2002.

No existen servicios de atención post-aborto que incluyan orientación. Esto depende de la actitud y postura de cada profesional en tanto no hay normativas al respecto.

6. DEBATE PUBLICO SOBRE EL ABORTO Y ACCIONES DE PRESION POLITICA

6.1 Grupos que abogan en favor de la despenalización, la legalización y el acceso al aborto y por los derechos sexuales y reproductivos.

Desde la sociedad civil organizada, quienes han desempeñado y desempeñan un lugar clave y de liderazgo en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y especialmente el aborto legal, son las organizaciones de mujeres, en especial las organizaciones feministas. Desde su origen hacia mediados de la década de 1980, las organizaciones de mujeres han colocado en la visibilidad social y política los derechos de las mujeres relacionados al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas, y en especial el aborto. En tal sentido, importa mencionar las organizaciones Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), la Comisión Nacional de Ongo de Seguimiento de Beijing (CNS) y CLADEM – Uruguay. Otras expresiones como son la Red de Jóvenes Por los DDSR “Hacia Falta” y las Juventudes políticas de sectores progresistas se han incorporado más recientemente a la escena nacional. Asimismo, otras organizaciones no gubernamentales han comenzado a desarrollar acciones en el campo de los DDSR, pero no así en el campo del derecho al aborto.

Desde los sectores políticos partidarios, la amplia mayoría de los sectores progresistas nucleados en el Encuentro Progresista – Frente Amplio han jugado un papel relevante en el debate reciente sobre el proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, y las leyes aprobadas y/o presentadas vinculadas a derechos sexuales y reproductivos han provenido especialmente desde parlamentarias/os vinculados a estos sectores. Desde su creación en la presente legislatura, la Comisión de Género y Equidad, promovida por la Bancada Femenina, ha procurado promover y acompañar iniciativas parlamentarias tendientes a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

A nivel académico, el desarrollo de la investigación y la producción intelectual en materia de DDSR no alcanzó al momento un volumen significativo, si bien importa subrayar avances importantes como son:

- la creación en 1999 de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República,
- el surgimiento del Grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto provocado en condiciones de Riesgo, fundado por ginecólogos de las Cátedras de Ginecología A y C de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, cuya propuesta de Normas y Guías Clínicas para la Atención Pre y Post Aborto, fueron aprobadas por el Consejo de la Facultad de Medicina.
- la creación en 2001 de la Red Temática de Estudios de Género de la Universidad de la República,

- el posicionamiento público en el 2002, del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República a favor del proyecto de Ley en Defensa de la Salud Reproductiva.

6.2 Campañas realizadas a favor de estos derechos y sus grados de impacto.

Desde las organizaciones de mujeres se desarrollan acciones de promoción y defensa de los DDSR, a través de elaboración de documentos (específicamente en relación al aborto se elaboró el Dossier Electrónico Aborto en Uruguay ubicado en www.chasque.net/comision/dossieraborto/aborto.htm) difusión de estudios nacionales y regionales, organización de debates públicos, monitoreo y seguimiento de políticas públicas, lobby parlamentario, actividades de sensibilización, especialmente hacia grupos de mujeres y jóvenes, estrategias de capacitación dirigidas hacia el personal de salud, entre otras. No han realizado campañas en medios masivos debido a la escasez de recursos económicos con los que se cuenta, si bien se participa con frecuencia en programas de TV y radio.

En cuanto a los grados de impacto, los mismos no se han medido especialmente. Sí se puede afirmar que las distintas encuestas de opinión realizadas por empresas consultoras de reconocida trayectoria sobre distintos tópicos relacionados a los DDSR, tienden a mostrar una sensibilización creciente y un mayor reconocimiento de la opinión pública hacia estos derechos.

Asimismo, en la estrategia de advocacy para la aprobación en la Cámara de Diputados del Proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, una amplia gama de organizaciones sociales y de personalidades de reconocida trayectoria en el campo de la ciencia, el sindicalismo, los derechos humanos, la cultura y el arte, acompañaron expresamente con su firma la *Carta Abierta a la Ciudadanía: "Aborto, no más silencios públicos"*, promovida por las organizaciones de mujeres.

6.3 Grupos que abogan en contra del aborto, sus modos de acción y grados de impacto de los mismos.

Respecto a los grupos que abogan en contra del aborto, históricamente han estado liderados por la jerarquía de la Iglesia Católica, y los grupos más conservadores vinculados al Opus Dei. En el marco del debate del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, otros grupos vinculados a expresiones pentecostales y neopentecostales han jugado un papel importante, conjuntamente con expresiones vinculadas a la Iglesia Católica. Desarrollaron una fuerte estrategia de lobby parlamentario, y una estrategia comunicacional dirigida a la opinión pública, con una fuerte incidencia en los medios masivos. Las presiones ejercidas por los grupos anti-choice y en especial de la Iglesia Católica no tenían antecedentes de este tenor en Uruguay.

6.4 Estado del debate público y político en torno al tema del aborto y su evolución en los últimos 20 años.

Desde la recuperación democrática en el Uruguay (1985) y hasta el año 2002, cuatro proyectos de Ley de Legalización y/o Despenalización del Aborto fueron presentados sin que obtuvieran aprobación parlamentaria parcial y/o total por las Cámaras.

- 1) Proyecto "Lamas-Vaillant" de 1985.**
- 2) Proyecto de Ley Aborto de 1991 (Diputado Díaz Maynard).**
- 3) Proyecto de Ley Aborto Voluntario de 1993 (Diputado Sanseviero).** Fue aprobado en 1994 por la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados donde sufrió modificaciones.
- 4) Proyecto de Ley Aborto del año 1998.**

En el año 2001, la difusión en los medios de comunicación de la muerte de mujeres por consecuencia de abortos inseguros, generó que nuevamente el problema del aborto inseguro fuera asunto de debate público. Junto a ello, el involucramiento de nuevos actores en relación a la denuncia del aborto inseguro y sus consecuencias, generó una sensibilización mayor de la opinión pública. En este contexto, en el año 2002 la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes del Parlamento Nacional, a instancias de la Comisión de Género y Equidad de la misma Cámara, inició el debate sobre los 4 proyectos de Ley presentados desde el reinicio de la institucionalidad democrática en el país. Centró el debate en el último proyecto de ley presentado del año 1998, y para su estudio y elaboración de una nueva propuesta realizó un proceso consultivo amplio convocando a la Comisión a distintos actores sociales, académicos, religiosos, con un criterio de amplitud y respeto a la diversidad de opiniones en este campo. MYSU, la CNS y CLADEM fueron las tres instancias representantes de las organizaciones de mujeres que participaron dando su opinión sobre la legislación en la materia.

Los ejes argumentales en los que centraron sus intervenciones en la Comisión fueron básicamente tres:

1. La urgencia de modificar la ley existente y las condiciones que clamarían por no dilatar más la búsqueda de una solución, en esta legislatura.
2. La complejidad y el desafío que implica legislar buscando un marco jurídico que profundice la democracia e integre la dimensión social (además de la política y civil) de los derechos humanos –incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos- de tal manera que al garantizar su universalidad se respete la individualidad de creencias y decisiones, y se aseguren las condiciones de equidad para que su ejercicio no refleje discriminaciones de ningún tipo.
3. Resaltar que el derecho a la autodeterminación reproductiva es un derecho y obligación de cada persona (hombre y mujer), y que el mismo se desarrolla en mejores condiciones cuando se ejerce a través de la información y la educación, y no mediante el disciplinamiento o la imposición.

En la ponencia realizada por MYSU se señalaba que: *“Analizando los distintos proyectos de ley que se han presentado desde el 85 a la fecha y si bien esta Comisión se ha detenido fundamentalmente en el presentado en 1998. Nosotras querriamos precisar que el que nos parece más exhaustivo y completo -en términos que aborda e intenta resolver varios aspectos complejos del problema- es el presentado por el entonces diputado Rafael Sanseviero y que luego tuvo tratamiento en Comisión de Bioética donde alcanzó unanimidad de apoyo de todos los fuerzas políticas con representación parlamentaria. Lo diferenciamos del resultante de dicha Comisión porque pensamos que su texto tuvo modificaciones que no reflejaron, a nuestro juicio, el interesantísimo debate que hubo en el proceso de elaboración y análisis del proyecto “Regulación de la Interrupción voluntaria de la gravidez”, presentado por Sanseviero. Ese proceso de consulta fue una las experiencias participativas de la sociedad civil organizada en la gestión legislativa, más interesantes. Por eso nos atrevemos a sugerir que debería ser tomado en cuenta a la hora que esta comisión deba elaborar su propuesta.”*

Y agrega: *“la conclusión más clara es que en el terreno de los derechos reproductivos no puede imponerse ningún modelo, porque no hay un único modelo que pueda englobar y respetar la sumatoria de individualidades con sus éticas, creencias, filosofías y conductas propias. Por lo tanto nuestra recomendación a esta Comisión es la de que traten de acordar una ley que facilite y promueva responsabilidades, deberes, beneficios y relaciones de autonomía y solidaridad en lugar de imponer condiciones estrictas y restrictivas que puedan seguir marginando y excluyendo a las personas del derecho a ejercer sus derechos.”*

Concluye la intervención: *“Si el poder del conocimiento se distribuyera de forma más equitativa y se reconociese la capacidad y sabiduría de las personas para tomar decisiones responsables, avanzaríamos mucho más que si se intentara imponer un modelo hegemónico o un sistema de valores único y cerrado.*

Fortalecer libertad y responsabilidad parecen ser vías más adecuadas y efectivas para lograr actos de conciencia que reprimir, imponer dogmas o atemorizar a las personas con medidas punitivas convirtiendo en DELITO para todos lo que es PECADO para algunos. ... En ese sentido es que nos parece sustancial que toda iniciativa que aborde estas problemáticas se incluya dentro de una visión integral y amplia de ciudadanía. Por eso siempre hemos entendido que la problemática del aborto no será resuelta si no es abordada desde su complejidad. Para reducir la incidencia del aborto y los estragos de su práctica clandestina no sólo se necesita modificar la ley vigente, garantizar servicios y desarrollar mecanismos de prevención y de educación, sino que se necesita fortalecer a todas las personas, sin discriminaciones, en tanto sujetos de derechos.”

No se pretende en este Informe referir las intervenciones de los distintos sectores consultados, ya que excede las posibilidades del presente trabajo. De todas maneras, la sistematización de las distintas líneas argumentales es un trabajo planteado desde la instancia de articulación de las organizaciones de mujeres (MYSU - CNS - CLADEM) que han coordinado la estrategia de advocacy hacia la aprobación en Cámara de Diputados del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva emergente de la Comisión de Salud Pública de dicha Cámara.

La Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados aprueba con informe en mayoría y minoría el Proyecto de Ley en Defensa de Salud Reproductiva, el cual ingresó para su tratamiento en Cámara en noviembre del año 2002, logrando su aprobación sin modificaciones el 10 de diciembre del mismo año. La media sanción de la Ley en la Cámara de Diputados es un hecho sin precedentes en el país, y constituye un hito no sólo para Uruguay sino para toda la región. El Proyecto de Ley aprobado en la mencionada Cámara reconoce el derecho de toda mujer, hasta las doce semanas de embarazo, de decidir libremente la interrupción y contar con servicios gratuitos tanto en el ámbito público como en el privado para realizarla. Enfatiza la responsabilidad del Estado de brindar servicios gratuitos de anticoncepción e implementar programas de educación sexual. (Ver Anexo)

Ahora resta la aprobación de la Cámara de Senadores para su plena sanción. El tratamiento en esta Cámara está previsto para mediados del año 2003.

6.5 Estado de la cobertura de la problemática del aborto en los medios masivos de comunicación, y su evolución histórica.

La problemática del aborto ha ingresado en los medios de comunicación ya sea cuando se presentaron los proyectos de ley mencionados, o cuando acaecía la muerte de alguna mujer por aborto inseguro. El campo de los DDSR y en especial el aborto no ha sido un campo focalizado por los medios masivos. En algunos medios de comunicación, en especial la prensa escrita, a través de sus consultoras de opinión pública realizaron encuestas sobre distintos tópicos de los DDSR: HIV – SIDA, anticoncepción, educación sexual y aborto fueron los temas relevados en distintas oportunidades.

En el marco del debate parlamentario y público del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, los medios masivos de comunicación tuvieron un papel activo, en

especial la prensa escrita y la radio. Los canales de TV abierta, a excepción de algunos programas periodísticos, no tuvieron un rol activo.

En casi todos los casos la cobertura de prensa estuvo centrada en los actores parlamentarios y con menor frecuencia se convocó a la participación de otros actores (representantes de grupos religiosos, médicos, feministas). De todas formas, las voceras feministas lograron una presencia significativa, en el marco de la estrategia de comunicación que se buscó desarrollar a tales efectos.

Montevideo, abril de 2003.

ANEXO

PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA

**APROBADO POR LA CAMARA DE DIPUTADOS
10 DE DICIEMBRE DE 2002.**

CAPITULO I

DE LOS DEBERES DEL ESTADO

Artículo 1º.- El Estado velará por el derecho a la procreación consciente y responsable, reconociendo el valor social de la maternidad, la paternidad responsable y la tutela de la vida humana. A esos efectos se promoverán políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbimortalidad materna.

Dichas políticas buscarán alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor involucramiento en la planificación de la familia.

Artículo 2º.- El Ministerio de Salud Pública deberá incluir en su presupuesto un programa con los siguientes objetivos:

- A) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de educación sexual que propendan al ejercicio armónico de la sexualidad y a la prevención de los riesgos.
- B) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de planificación familiar.
- C) El cumplimiento de los objetivos mencionados involucrará a todo el personal de la salud, ampliando y mejorando su capacitación en la esfera de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, incluyendo la capacitación en orientación y comunicación interpersonal.

- D) Instrumentar medidas que tiendan a la disminución de la morbilidad derivada de la interrupción de embarazos practicada en situación de riesgo.
- E) Permitir que la mujer ejerza el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud Pública en cumplimiento de los objetivos encomendados en el artículo precedente coordinará acciones con los organismos del Estado que considere pertinentes.

CAPITULO II

CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Artículo 4º. Toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gravidez, en las condiciones que establece la presente ley.

Artículo 5º. Para ejercer el derecho acordado por el artículo anterior, bastará que la mujer alegue ante el médico, circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción; situaciones de penuria económica; sociales; familiares o étareas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

El médico deberá:

- A) Informar a la mujer de las posibilidades de adopción y de los programas disponibles de apoyo económico y médico, a la maternidad.
- B) Brindar información y apoyo a la mujer pre y post intervención, relativa a la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 6º.- El médico que realice la interrupción de la gravidez dentro del plazo y en las condiciones de la presente ley, deberá dejar constancia en la historia clínica, que se informó a la mujer en cumplimiento en lo establecido en el inciso 2º del artículo 5º.

Asimismo deberá recoger la voluntad de la mujer, avalada con su firma, de interrumpir el proceso de la gravidez, que quedará adjunta a la historia clínica de la misma, con lo cual su consentimiento se considerará válidamente expresado.

Artículo 7º.- Fuera de lo establecido en el artículo 4º la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o

cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

El médico dejará constancia por escrito en la historia clínica, de las circunstancias precedentemente mencionadas. En todos los casos someterá tal decisión a consideración de la mujer siempre que sea posible.

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.

CAPITULO III

CONSENTIMIENTOS ESPECIALES

Artículo 8°.- En los casos de mujeres menores de dieciocho años no habilitadas, el médico tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción, el que estará integrado por la voluntad de la menor y el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales o, en su ausencia o inexistencia, su guardador de hecho.

Artículo 9°.- Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el asentimiento de quien debe prestarlo, habrá recurso ante los Jueces Letrados de Familia en Montevideo o los Jueces Letrados de Primera Instancia en el interior del país, para que declaren irracional el disenso o brinden el asentimiento.

La menor comparecerá directamente con la mera asistencia letrada. El procedimiento será verbal y el Juez previa audiencia con la menor, resolverá en el plazo máximo de cinco días contados a partir del momento de su presentación ante la sede, habilitando horario inhábil si fuera menester.

Artículo 10.- En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará preceptivamente el titular de la sede judicial que decretó la interdicción, a solicitud del curador respectivo, rigiendo igual plazo del establecido en el artículo anterior.

CAPITULO IV

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 11.- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

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.

Artículo 12.- Aquellos médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los actos médicos a que hace referencia la presente ley, podrán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan dentro de los 30 días contados a partir de la promulgación de la misma. Quienes ingresen posteriormente, deberán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios.

Los profesionales y técnicos que no hayan expresado objeción, no podrán negarse a efectuar las intervenciones.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es de aplicación en los casos graves y urgentes en los cuales la intervención es indispensable.

Artículo 13.- El médico que intervenga en un aborto o sus complicaciones, deberá dar cuenta del hecho, sin revelación de nombres, al sistema estadístico del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley, las ciudadanas uruguayas naturales o legales y aquellas que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

CAPITULO V

DE LA MODIFICACION DEL DELITO DE ABORTO

Artículo 15.- Sustitúyese el Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por Ley N° 9.155, de 4 de diciembre de 1933 y modificado por Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTICULO 325. (Delito de aborto).- El que causare la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez, fuera de las circunstancias, plazos y condiciones establecidas en la ley, comete el delito de aborto y será castigado con pena de tres a veinticuatro meses de prisión.

ARTICULO 326. (Aborto sin consentimiento de la mujer).- De no existir el consentimiento de la mujer para la realización del aborto la pena será de dos a ocho años de penitenciaría.

ARTICULO 327. (Aborto con consentimiento de la mujer).- La mujer que causare o consintiere su propio aborto en las circunstancias, plazos y condiciones previstas por la ley, quedará exenta de pena.

ARTICULO 328. (Lesión o muerte de la mujer).- Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 326 sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, será de tres a quince años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de quince a treinta años de penitenciaría".

Artículo 16.- Sustituyese el artículo 2º de la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

“Cuando se denunciare un delito de aborto, el Juez competente procederá en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, se llegara a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho es lícito, mandará clausurar los procedimientos, observándose los trámites ordinarios.”

CAPITULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 17.- (Derogaciones).- Deróganse los artículos 2º, 3º, 4º y 5º la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, y todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Artículo 18: (Reglamentación y Vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigor a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.